

Trabalho de Conclusão de Curso

USO DA PLACA ANTERIOR NO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA DE PACIENTES COM DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

Jéssica Beatriz Flores da Silva



**Universidade Federal de Santa Catarina
Curso de Graduação em Odontologia**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**

Jéssica Beatriz Flores da Silva

**USO DA PLACA ANTERIOR NO ATENDIMENTO DE
URGÊNCIA DE PACIENTES COM DISFUNÇÃO
TEMPOROMANDIBULAR**

Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, como
requisito para a conclusão do Curso de
Graduação em Odontologia
Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Beatriz
Dulcineia Mendes de Souza.

Florianópolis
2017

Jéssica Beatriz Flores da Silva

**USO DA PLACA ANTERIOR NO ATENDIMENTO DE
URGÊNCIA DE PACIENTES COM DISFUNÇÃO
TEMPOROMANDIBULAR**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado, adequado para obtenção do título de cirurgião-dentista e aprovado em sua forma final pelo Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 17 de outubro de 2017.

Banca Examinadora:

Prof.^a, Dr. Beatriz Dulcineia Mendes de Souza,
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof., Dr. André Porporatti,
Membro
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof., Dr. Antônio Carlos Cardoso,
Membro
Universidade Federal de Santa Catarina

Ms. Morgane Marion Kuntze
Suplente
Universidade Federal de Santa Catarina

Dedico este trabalho a Deus que iluminou minha vida acadêmica, ao Universo que me atraiu até aqui e aos meus queridos Pais.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer a Deus, por ser o amigo mais maravilhoso e presente que tenho em minha vida; meu porto seguro e minha esperança de um amanhã sempre melhor. Sou grata por tudo que me fizestes passar para chegar até aqui, pois assim amadureci. Sou imensamente feliz por me fazeres ser quem eu sou e por ter me dado os pais mais lindos desse mundo.

Mãe, pai, amo vocês! Obrigada por todo o apoio, desde o cursinho vocês batalham comigo por esse diploma, obrigada por terem me segurado nos momentos mais difíceis, por trabalharem muito pra me dar tudo do bom e do melhor. Vocês me fazem acreditar no amor, no casamento, na parceria e ver o quanto vocês são amigos um do outro me enche de orgulho. Sou grata por acordar e saber que vocês estão ao quarto do lado. Obrigada por aturarem meu lado mais chato e complicado, não seria metade do que eu sou sem vocês.

Aos meus irmãos, Bruno e Pedro, vocês fazem parte disso e darei meu melhor como cirurgiã dentista para sentirem muito orgulho de mim. Sinto-me tranquila e feliz por ter vocês, por saber que nunca estarei sozinha, que quando a velhice chegar, vocês estarão ao meu lado.

A minha cunhada Ana, obrigada por me emprestar uma cama quentinha e me esperar com café da manhã todas as vezes que precisei do teu apoio. Sei que torces muito por mim, como eu torço por ti.

As minhas avozinhas amadas, Domi e Lurdes, as quais cuidaram e cuidam de mim incansavelmente, morro de saudade de vocês. Obrigada por me acolherem, por fazerem novenas, jejuarem e me ensinarem o quanto o amor de Deus é precioso.

A minha tia Angela, por ter me acolhido no ano do cursinho, por me adotar, sei que cada vez fico mais ausente, mas lembro sempre do amor que sinto por ti e da gratidão de teres me dado a honra de crescer com a Xanda, que é o presente mais especial que eu poderia ganhar, que fez eu ser mais humana e me ensinou a olhar todos de forma igual. Eu amo muito vocês, obrigada por serem maravilhosas comigo.

Não poderia deixar de agradecer à minha terapeuta, amiga, conselheira, Luciana Peres, obrigada, obrigada, obrigada! Ter você na minha vida é a prova mais viva que o universo não falha e te atrai aos lugares certos, as pessoas certas. Deus caprichou quando me colocou no teu caminho. Obrigada por ser perfeita comigo, tu fostes impecável esse ano, e construímos uma amizade que vai longe. Quero que tu faças parte de cada conquista da minha vida, tu não imaginas a diferença que fizestes nela. Obrigada por me xingar, puxar minhas orelhas, ser curta e grossa todas as vezes que foram necessárias. A mulher forte que sou hoje, tem um pedaço do que me ensinastes, do que aprendo contigo. Obrigada!

As minhas amigas, Manuella, Juliana e Rayssa, vocês são vocês e isso basta. Impossível quem não admire nossa amizade. Obrigada por existirem, por me aturarem mesmo com 500km de distância, vocês mais do que qualquer pessoa, inclusive mais do que meus pais, sabem o quanto foi difícil, o quanto eu chorei, o quanto eu sofri, o quanto eu quis desistir e incansavelmente vocês me deram todo o suporte para estar aqui. Obrigada!

Gabrielly Vidal, você também faz parte dessa conquista, sem o teu apoio à caminhada até aqui seria mais árdua, obrigada por facilitar a minha vida, por me fazer companhia e por ser a irmã que eu não tive. Sei que nossa amizade chegou pra ficar, e desde que você entrou na minha vida, só tenho a agradecer, pois sou muito mais feliz.

A minha fiel escudeira, Ana Carolina Salinas, obrigada amiga, obrigada mesmo. Tu fostes incrível comigo, tu me fizestes entender centenas de coisas, Deus precisava nos unir. Eu não seria a mesma sem você, não teria a mesma graça pegar ônibus e seria muito mais sofrido morar longe da UFSC. Tu és o bem mais precioso que a faculdade me deu, porque tu sabes de tudo, tu vives tudo comigo. Eu não teria conseguido sem tua amizade, sou grata por teres me dado o privilégio dela. Eu te amo muito e estarei sempre aqui.

A minha dupla maravilhosa, Luíza Carolina, fostes sensacional, não tem palavras que descrevam o carinho que tenho por ti, e poxa porque demoramos tanto para sermos dupla? Obrigada por aturar meu mau humor e minhas grosserias. Eu admiro a profissional que tu és, vais longe amiga. Tenho certeza que tem um futuro bem lindo te esperando e quando as coisas desandarem lembra-se do nosso mantra do sucesso. Sentirei muito tua falta, espero que nossos caminhos se cruzem, pois tem muito de ti em mim. Seja feliz amiga, seja muito feliz.

Aos amigos que a odontologia me proporcionou, vocês sabem que são mais que colegas. Sentirei saudades dos abraços de bom dia, dos bares, dos cafezinhos, dos boomerangs e principalmente da companhia de cada um de vocês. Obrigada.

Aos professores Wilson Andriani Júnior, Nelson Makowiecky, Dayane Machado Ribeiro, Daniela Lemos Carcereri, Renata Goulart Castro vocês fizeram a diferença na minha formação acadêmica, se hoje confio em mim é graças a vocês, se hoje dou meu melhor é por incentivo de vocês. Me espelho não só nos profissionais incríveis mas também nas pessoas excepcionais que vocês são. Jamais vou me esquecer do quanto vocês contribuíram na minha jornada. Obrigada, obrigada, obrigada. Sentirei saudades.

Profª Beatriz DMS, minha orientadora poderosa, rica e linda, obrigada por me acolher, apesar de toda a dificuldade e estresse, foi muito bom partilhar esse momento contigo, obrigada por ter me ajudado, por ter corrigido inúmeras vezes este trabalho, por ter o feito dar certo, por me ensinar mantras, dar palavras de apoio e por ter feito das nossas reuniões sessões terapêuticas. Espero ser tão poderosa e grandiosa como você.

Gostaria também de agradecer ao CEMDOR e a todos envolvidos, em especial ao profº André Porporatti, vocês fazem da oclusão a disciplina mais poderosa da UFSC.

Por fim, agradeço à Universidade Federal de Santa Catarina por me proporcionar crescimento, amadurecimento e tantas experiências únicas. Aqui, conheci pessoas com diferentes pensamentos, com diferentes personalidades, com diferentes condições financeiras. Aprendi a ser mais forte, ser mais humana, ser mais eu. Tive a oportunidade de construir e desconstruir pensamentos e opiniões. Os momentos aqui vivenciados ficarão para sempre. Obrigada!

A verdadeira motivação vem de realização, desenvolvimento pessoal, satisfação no trabalho e reconhecimento.

(Frederick Herzberg)

RESUMO

A dor orofacial afeta negativamente a vida do paciente, interferindo em suas atividades diárias e na qualidade do sono e é o principal sintoma da Disfunção Temporomandibular (DTM), motivando o paciente a buscar ajuda. Esta disfunção pode ser classificada em muscular e articular, e dentre elas, a muscular é a mais frequente e tornou-se queixa constante de dor na área da saúde. Geralmente, a dor afeta a área dos músculos temporal e masseter, e é agravada pela função. Na tentativa da remissão da dor nas consultas de urgência, vários procedimentos podem ser executados, podendo contemplar aconselhamentos e orientações, massagens, termoterapias, agulhamentos, placas e mais rotineiramente as terapias farmacológicas. Uma alternativa de baixo custo e de fácil execução é o uso da placa anterior. No entanto, existem questionamentos em relação a sua efetividade e utilização. Sendo assim, o objetivo deste trabalho foi verificar a eficácia do uso da placa anterior no alívio da dor de pacientes com DTM muscular dolorosa. Doze pacientes com dor orofacial foram atendidos de urgência no Centro Multidisciplinar de dor Orofacial da UFSC (CEMDOR) e após o diagnóstico de DTM muscular, e marcação na Escala de Análise Visual (EAV) para quantificar a dor naquele momento, foi confeccionada uma placa anterior, sem prescrição de medicação. Após 7 dias, os pacientes foram avaliados e preencheram a Escala de Percepção Global de Mudança (PGIC) e novamente marcaram a EAV. Os resultados mostraram que, em 80% dos pacientes, a placa anterior promoveu alívio da dor. Concluiu-se que a placa anterior configura ser eficaz na remissão da dor em pacientes de urgência com DTM muscular dolorosa.

Palavras-chave: “Disfunção Temporomandibular”, “placas oclusais”, “placa anterior”, “placa de mordida anterior”; “front plateau”, “NTI”.

ABSTRACT

Orofacial pain negatively affects the patient's life, interfering in their daily activities, sleep quality and is the main symptom of temporomandibular dysfunction (TMD), motivating the patient to find help. This dysfunction can be muscular or articular, and among them, muscular is the most frequent and it is a constant complaint of pain in the health area. Usually, pain affects the area of the temporal and masseter muscles, and is aggravated by function. In an attempt to relieve pain in emergency consultations, various procedures can be made, which may include advice and guidance, massage, thermotherapies, acupuncture, plaques and more routinely pharmacological therapies. A cheap and easy alternative to make is the use of the anterior plate. However, there are questions regarding its effectiveness and use. Therefore, the objective of this study was to verify the efficacy of the anterior plaque in relieving pain in patients with painful muscular TMD. Twelve patients with orofacial pain were treated urgently at the Multidisciplinary Orofacial Pain Center of the UFSC (CEMDOR) and after the diagnosis of muscular TMD, and on the Visual Analysis Scale (VAS) to quantify the pain at that moment, a previous plaque was made, without prescription of medication. After 7 days, the patients were assessed and completed the Global Change Perception Scale (GCPS) and again marked the VAS. The results showed that 80% of the patients on the anterior plaque promoted pain relief. It was concluded that the anterior plaque configures to be effective in the remission of pain in painful muscular TMD patients.

Keywords: "Temporomandibular Dysfunction", "occlusal plaques", "anterior plaque", "anterior bite plaque"; "Front plateau", "NTI".

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Avaliação na consulta inicial, na reavaliação e o grau de melhora obtido.....	58
Tabela 2 – Avaliação da dor no momento e após o uso da placa anterior pela Escala Analógica Visual (EAV).....	59
Tabela 3 – Avaliação da dor na semana e após o uso da placa anterior pela Escala Analógica Visual (EAV).....	59
Tabela 4 - Avaliação da dor após o uso da placa anterior pela Escala de Percepção Global de Mudança (PGIC).....	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

ATM – Articulação Temporomandibular

DTMs – Disfunções Temporomandibulares

SE – Sistema Estomatognático

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

RDC/TMD – Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders

DC/TMD – Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders

OMS – Organização Mundial da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

CID – Classificação Internacional de Doenças

TP – Trigger Point

EAV – Escala Análise Visual

PGIC – Escala de Percepção Global de Mudança

CEMDOR – Centro Multidisciplinar de Dor Orofacial

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	27
2	OBJETIVOS.....	29
2.1	OBJETIVO GERAL.....	29
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	29
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	31
3.1	SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO.....	31
3.2	DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES.....	32
3.2.1	Histórico.....	32
3.2.2	Conceito.....	32
3.2.3	Epidemiologia.....	32
3.2.4	Etiologia.....	33
3.2.5	Classificação.....	35
3.2.6	Sinais e Sintomas.....	37
3.2.7	Diagnóstico.....	37
3.2.8	Tratamento.....	38
3.3	CONSULTA DE URGÊNCIA/DOR OROFACIAL.....	40
3.4	PLACAS DE MORDIDA ANTERIOR (placa anterior, “FRONT PLATEAU”, “NTI”).....	41
4	METODOLOGIA.....	45
5	DESCRIÇÃO DOS CASOS CLÍNICOS.....	47
5.1	Resumo dos Casos Clínicos	61
6	DISCUSSÃO.....	65
7	CONCLUSÃO.....	69
	REFERÊNCIAS.....	71
	APÊNDICE A – TCLE.....	79
	ANEXO A.....	83
	ANEXO B.....	87
	ANEXO C.....	89

1 INTRODUÇÃO

As disfunções temporomandibulares (DTMs) são definidas como um grupo de condições musculoesqueléticas e neuromusculares que afetam as articulações temporomandibulares (ATMs), os músculos mastigatórios e os tecidos associados (Academia Americana de Dor Orofacial). Estudos epidemiológicos indicam que aproximadamente 10 a 15% da população em geral apresenta DTM (PFICER et al., 2017), a qual pode acarretar em um arsenal de sinais e sintomas (CARRARA; CONTI; BARBOSA, 2010; DANTAS et al., 2015; FERREIRA; SILVA; FELICIA, 2016).

Essas desordens apresentam etiologia multifatorial relacionada a fatores funcionais, estruturais e psicossociais (CARVALHO et al., 2010; RIOS; ROCHA; SANTOS, 2012; TOMACHESKI et al., 2004) e podem ser divididas em desordens musculares e articulares, com suas respectivas subdivisões (LEEuw, 2010). Dentre elas, a DTM muscular é a mais frequente e tornou-se uma queixa constante de dor orofacial na área da saúde (CARRARA; CONTI; BARBOSA, 2010). Geralmente, a dor origina-se na área temporal e no masseter (bochecha), mas também pode afetar a área periauricular. Essa dor é agravada pela função, como mastigar, bocejar ou falar e pode ser intermitente ou persistente, de intensidade moderada ou intensa (LIST; JENSEN, 2017), motivando o paciente a buscar ajuda (MARTINS et al., 2016).

Diferentes abordagens terapêuticas podem ser realizadas nos consultórios no atendimento de pacientes de urgência com DTM muscular dolorosa, podendo englobar, além dos aconselhamentos e orientações, massagens, termoterapias, agulhamentos e mais rotineiramente as terapias farmacológicas (anti-inflamatórios e relaxantes musculares) (SILVEIRA, 2001). Outra alternativa de tratamento de urgência para estes pacientes pode ser o uso da placa anterior (“front plateau”) (ALENCAR JUNIOR et al., 2004). Esta placa de resina acrílica é de fácil e rápida execução, de baixo custo e parece possuir muitas vantagens (MOLINA, 1989; BATAGLION et al. 1993; MARTINEZ e SANTOS, 2000), no entanto existem poucas evidências científicas quanto a sua eficiência e muitas preocupações em relação aos seus possíveis efeitos colaterais, sendo, portanto, refutada por muitos pesquisadores e clínicos.

Sendo assim, o objetivo deste trabalho foi verificar a eficácia do uso da placa anterior no alívio da dor de pacientes com DTM muscular dolorosa.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Realizar uma revisão de literatura sobre DTM e relatar uma série de 12 casos clínicos com o uso da placa anterior no atendimento de urgência de pacientes com diagnóstico de DTM muscular dolorosa.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar a efetividade da placa anterior na remissão da dor subjetiva após uma semana de uso através do método quantitativo (Escala Analógica Visual), conferindo um número correspondente à marcação;
- Verificar a efetividade da placa anterior na remissão da dor subjetiva após uma semana de uso através do método qualitativo (Escala de Percepção Global de Mudança);
- Comparar os resultados dos casos com os descritos na literatura.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

O Sistema Estomatognático (SE) é formado por ossos fixos da cabeça, maxilares, músculos da mastigação, músculos da deglutição, músculos faciais, entre outros. Estas estruturas têm grande relevância para que suas funções (mastigação, fonação, respiração, deglutição, postura) sejam realizadas de forma harmoniosa, juntamente com o comando do sistema nervoso central e periférico (CIELO et al., 2016).

A Articulação Temporomandibular (ATM) também é um dos elementos do SE, e precisa ter função, saúde e estabilidade para manter o SE funcionando da maneira adequada (BIASOTTO-GONZALEZ et al., 2008). Ela é formada por várias estruturas internas e externas, capaz de realizar movimentos complexos. A atividade adequada da mastigação, deglutição, fonação e postura, dependem da função, saúde e estabilidade da ATM (PEREIRA et al., 2005). A ATM é considerada uma das articulações mais complexas do corpo humano e constitui a ligação móvel entre a mandíbula e o osso temporal (OKESON, 2000). As mesmas doenças que acometem outras articulações do sistema musculoesquelético, como os deslocamentos de disco, doenças articulares degenerativas (osteoartrite), artrites inflamatórias e sinusites, podem afetar a ATM (RAMOS et al., 2004). A ATM é a peça chave das disfunções temporomandibulares (DTMs), sendo assim, é essencial o entendimento básico da anatomia e do funcionamento dessa articulação (CARDOSO, 2003).

MOLINA (1989) divide os músculos do SE em três grupos principais:

1- Músculos longos e grossos: esternocleidomastóideo, trapézio, escaleno e esplênio os quais estão localizados atrás da cabeça e ao longo do pescoço. Compensam e executam os movimentos da cabeça, principalmente a manutenção de sua posição vertical sobre a coluna vertebral superior e as ATMs.

2- Músculos curtos: pterigóideos laterais e mediais os quais estão relacionados com os movimentos do côndilo.

3- Músculos intermediários: masseter e temporal os quais estão relacionados de forma primária com os movimentos da mandíbula e de forma secundária com os movimentos dos côndilos.

Os músculos precisam trabalhar numa extensão favorável na função, para preservá-los, pois quando trabalham demais ou de um

modo inadequado para o qual não são destinados, pode ocasionar dor e fadiga. Uma pequena perda de dimensão vertical já acarreta os músculos a trabalharem de forma ineficaz, e cria circunstâncias que resultam no mau funcionamento do SE, ou seja, produz dor. Também podem levar ao deslocamento súpero-posterior do côndilo e causar invasão condilar na região bilaminar, levando a problemas intracapsulares (MORIMITSU, 2000).

3.2 DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULAR (DTM)

3.2.1 Histórico

A história moderna das desordens ou disfunções temporomandibulares (DTMs) iniciou-se com as publicações de COSTEN (1934 apud SRIVASTAVA; JYOTI; DEVI, 2013), que relacionou pela primeira vez sinais otológico com a oclusão dental e a denominou de Síndrome de Costen, a qual os sintomas eram perda de audição, zumbido, estalidos nas ATM, dor periauricular, vertigens, tontura, dores de cabeça, sensação de queimação na boca e garganta e dor miofascial (SRIVASTAVA; JYOTI; DEVI, 2013). O autor atribuía esses sintomas a maloclusão dental, especificamente a sobremordida. Como forma terapêutica, recomendava procedimentos que aumentassem a dimensão vertical de oclusão. Segundo Okeson (1998) as DTMs foram consideradas por muitos anos como uma síndrome, mas atualmente acredita-se que são um conjunto de disfunções do SE com muitos sintomas em comum.

3.2.2 Conceito

A Academia Americana de Dor Orofacial define as DTMs como um grupo de condições musculoesqueléticas e neuromusculares que envolvem as ATMs, os músculos mastigatórios e todos os tecidos associados (FERREIRA; SILVA; FELÍCIO, 2016). Esta disfunção abrange um largo espectro de problemas clínicos da ATM e dos músculos da região orofacial. Geralmente acontece quando há alteração funcional do SE e a capacidade de tolerância e adaptação de seus componentes é ultrapassada (RIOS; ROCHA; SANTOS, 2012).

3.2.3 Epidemiologia

Estudos epidemiológicos indicam que aproximadamente 10 a 15% da população em geral apresenta DTM (PFICER et al., 2017). No entanto alguns autores relatam que um número bem maior apresenta algum sinal ou sintoma desta doença (LEEuw, 2010; CARRARA, CONTI E BARBOSA, 2010; SRIVASTAVA; JYOTI; DEVI, 2013). Leeuw (2010) narrou que 40 a 75% da população apresenta ao menos um sinal de DTM, como ruídos na ATM e 33%, pelo menos um sintoma, como dor na face ou na ATM. Segundo Carrara, Conti e Barbosa (2010), 37,5% da população apresenta ao menos um sintoma de DTM. Entre estudantes universitários, estima-se que 41,3 a 68,6% apresentam algum sinal ou sintoma de DTM. Já Srivastava, Jyoti e Devi (2013), noticiaram que aproximadamente 33% da população tem pelo menos um sintoma de DTM e 7% da população possui DTM com gravidade suficiente para fazer com que eles busquem tratamento.

Em relação à idade, a DTM tem sua maior prevalência em indivíduos entre 20 e 45 anos (NICOLAS 2001, SRIVASTAVA, JYOTI e DEVI, 2013; BIASOTTO-GONZALEZ 2005; PFICER et al., 2017). Sendo que até os 40 anos, a principal causa é de origem muscular, e depois dos 40 anos, o principal fator etiológico é a degeneração articular (BIASOTTO-GONZALEZ, 2005).

Há um consenso na literatura de que indivíduos do sexo feminino apresentam maior prevalência de DTM (NICOLAS 2001; BARBOSA; ALVES, 2010; FERREIRA; SILVA; FELÍCIO, 2016; PFICER et al., 2017). Segundo Nicolas (2001), tenta-se explicar esta alta incidência, devido à mulher estar exposta ao estresse emocional, às mudanças hormonais durante o ciclo menstrual, a gravidez e às alterações anatômicas que produziriam uma má relação do côndilo com o disco articular. Outros autores também relacionam com os fatores emocionais, anatômicos, mudanças hormonais associadas à menstruação, frouxidão ligamentar, além da maior demanda das mulheres na procura por tratamento da saúde delas e/ou de seus filhos (BARBOSA; ALVES, 2010). A distribuição da idade e do gênero nos casos de dor orofacial, especialmente a DTM, indica uma ligação entre a sua patogênese e o estrogênio (hormônio sexual feminino) ou entre os mecanismos de modulação da dor, uma vez que mulheres apresentam maior sensibilidade para dor (FERREIRA; SILVA; FELÍCIO, 2016).

3.2.4 Etiologia

Apesar das DTMs não apresentarem etiologia definida, acredita-se na multifatoriedade da doença, visto que fatores funcionais,

estruturais e psicológicos estão reunidos nos portadores da disfunção. Algumas condições, tais como maloclusões, parafunções e estado emocional estão presentes, periodicamente, em pacientes com sinais da patologia. Porém, não se pode afirmar até que ponto esses fatores são predisponentes ou, apenas, coincidentes (CARVALHO et al., 2010; OKESON, 1998).

Segundo Zanini (1999) existem algumas teorias que explicam a etiologia da DTM, como a do deslocamento mecânico (presume que ocorra um deslocamento condilar decorrente de problemas oclusais), a neuromuscular (propõe que a maloclusão traz como consequência hábitos orais nocivos, que alteram a musculatura ou a ATM e causa mudanças na oclusão), a psicofisiológica (pressupõe que o principal fator causador das DTMs é o estresse ou outros desajustes emocionais, sendo os hábitos parafuncionais consequências do estado emocional do indivíduo, que levam a hiperatividade muscular e podem causar DTM) e a psicológica (atribui a DTM uma origem psicológica, sem haver uma relação importante com as disfunções orgânicas).

Segundo Okeson (1998) os fatores etiológicos de DTM são classificados em: predisponentes (estruturais, metabólicos e condições psicológicas), iniciantes (trauma ou cargas adversas no sistema mastigatório), agravantes (hormonais, psicossociais, parafunções). Além do estresse físico, emocional e oclusal, os distúrbios de sono também podem diminuir a capacidade adaptativa do SE e levar à ocorrência da doença (OKESON, 2000). Os fatores predisponentes aumentam o risco de o paciente desenvolver uma DTM, os fatores iniciantes começam a instalação da patologia e os fatores agravantes interferem no controle da doença (CARRARA; CONTI; BARBOSA, 2010).

Uma série de fatores como trauma, estresse emocional, hiperatividade muscular, doenças inflamatórias e degenerativas comprometem o equilíbrio da ATM, levando ao desenvolvimento de DTM (KRISHNAMOORTHY; MAMATHA; KUMAR, 2013).

Portadores de DTM mostram uma grande amplitude de ativação dos músculos mastigatórios, devido a sua menor eficiência funcional e predisposição à fadiga muscular, quando comparados com pacientes assintomáticos ao executarem as mesmas atividades. Assim, pode-se considerar a fadiga muscular um fator de risco para alterações no desempenho mastigatório de sujeitos com esta disfunção (RIES et al., 2016).

Lundeen et al., em 1987, considerando que a hiperatividade muscular induzida por estresse vinha sendo proposta como o maior fator etiológico na produção de dor nos músculos responsáveis pela

mastigação e dor na ATM, avaliaram 52 pacientes (28 com dor articular e 24 com dor muscular) em relação ao componente estresse. O grupo portador de dor muscular apresentou uniformemente escores mais altos do que o grupo dor articular.

3.2.5 Classificação

Como não existem marcadores fisiológicos mensuráveis que indiquem se uma pessoa é portadora ou não de DTM, seu diagnóstico é baseado no conjunto de sinais e sintomas clínicos. O método, mundialmente, mais aceito para classificação e diagnóstico de DTM é o Research Diagnostic Criteria (RDC/TMD) (DWORKIN & LERESCHE, 1992) ou o Diagnostic Criteria (DC/TMD) (SCHIFFMAN et al., 2014). Este sistema de diagnóstico não é hierárquico e permite múltiplos diagnósticos para um mesmo paciente. A classificação tem o propósito de permitir uma padronização e reprodução de resultados, classificando de maneira clara e objetiva os pacientes de DTM em seus grupos e respectivos subgrupos, bem como os pacientes assintomáticos.

O RDC/TMD (Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders) foi desenvolvido como um instrumento de avaliação que criou um conjunto de critérios de diagnóstico para classificar e tratar os indivíduos com DTM (WALBER, 2008). O RDC/TMD (Eixo I e Eixo II) foi uma tática para diagnóstico de DTM publicado em 1992, entretanto os autores reconheceram que era apenas um começo e seriam necessários mais estudos para melhorar sua validade e utilidade clínica. Este sistema criou um conjunto de classificação para pesquisa e consta de um questionário com 31 questões e de um formulário para exame físico com 10 itens, além de especificações para realização do exame do paciente e critérios de diagnóstico que permitem classificar cada caso conforme suas condições físicas (Eixo I) e psicológicas (Eixo II) (CAMPOS et al., 2007).

O DC / TMD é a versão atualizada do RDC/TMD e foi incorporado nas Diretrizes da Academia Americana de Dor Orofacial assim como na Organização Mundial da Saúde (OMS) na Classificação Internacional de Doenças (CID-11) (LIST; JENSEN, 2017). O DC/TMD também compreende dois eixos: um físico I (diagnóstico) e um psicossocial II (avaliação psicossocial) (LIST; JENSEN, 2017). Segundo Walber (2008), o eixo I é composto basicamente por um questionário dividido em duas partes que investiga o diagnóstico clínico das DTMs tanto muscular como articular, e o eixo II classifica o indivíduo com base no impacto da dor, avaliando fatores

comportamentais, psicológicos e psicossociais relevantes ao tratamento de pacientes com DTM.

As DTMs articulares podem ser divididas em desordens congênitas ou de desenvolvimento (aplasia, hipo e hiperplasia, neoplasia), desordens do disco (deslocamento com ou sem redução), deslocamento ou subluxação da ATM, condições inflamatórias (sinovites, capsulites, poliartrites), artrite, anquilose e fratura (OKESON, 1998).

As DTMs musculares se subdividem em mialgia local, dor miofascial, mialgia mediada centralmente, mioespaismos, miosite, contratura miofibrótica e neoplasia (LEEUEW, 2010).

A mialgia é a DTM muscular mais comum e ocorre em cerca de 80% dos pacientes com DTM muscular. Em seguida temos a dor miofascial com referência que é definida como uma dor que vai para além do limite dos músculos mastigatórios palpados, tal como na orelha, dentes ou olhos (LIST; JENSEN, 2017). Para Nishimori et al. (2014), a dor miofascial de origem muscular é considerada uma das DTM mais comum, causando principalmente cefaleia. Esta dor se caracteriza por desordens musculares regionais, pontos sensíveis na musculatura e dor local e referida, podendo irradiar.

Segundo Martins et al. (2016), a dor miofascial é uma DTM muscular caracterizada por áreas hipersensíveis de tecidos musculares, denominadas de ponto gatilhos que representam a característica clínica mais comum da dor miofascial.

Lindroth, Schmidt, e Carlson (2002) compararam em um estudo pacientes com dores musculares mastigatórias e pacientes com manifestações dolorosas intracapsulares e seus comportamentos psicossociais. O objetivo era identificar as diferenças entre os dois grupos de DTM e a influência das alterações emocionais nas duas patologias. O estudo contou com a participação de 435 pacientes com DTM muscular e 139 pacientes com DTM articular. Os resultados apresentaram uma diferença significativa em relação à severidade e duração da dor entre os dois grupos. O grupo de disfunção muscular demonstrou maiores níveis de dor do que o grupo de disfunção articular. Este último apresentou capacidade adaptativa duas vezes maior. Por outro lado, o grupo de pacientes com dor intracapsular teve menos sintomas psicológicos, melhor qualidade de sono e menores índices de estresse do que o grupo muscular. Assim, os autores concluíram que os pacientes acometidos por DTM muscular demonstram comportamento mais propenso ao desenvolvimento de patologias quando comparados ao

grupo de DTM articular. Além disso, apresentaram níveis maiores de estresse.

3.2.6 Sinais e Sintomas

A DTM abrange problemas clínicos da ATM e dos músculos da região orofacial. Os sinais mais encontrados são: sensibilidade à palpação na musculatura orofacial e na ATM, limitação dos movimentos mandibulares e ruídos articulares. Os sintomas são: dores na face, ATM e/ou músculos mastigatórios, dores na cabeça e até mesmo na orelha (CARRARA; CONTI; BARBOSA, 2010).

Segundo List e Jensen (2017), os três principais sinais e sintomas são dor, limitação de movimento, e sons na ATM. Na DTM muscular a dor é geralmente a queixa principal, originando-se na área temporal e na bochecha, mas também afeta a área periauricular. Essa dor tende a piorar com a função (LIST; JENSEN, 2017; MARTINS et al., 2016). A dor pode ser intermitente ou persistente e de intensidade moderada, mas há casos com intensidade de dor severa. Dor e sensibilidade à palpação dos músculos pericranianos e da ATM são os sinais clínicos mais comuns e frequentemente coexistem (LIST; JENSEN, 2017).

Segundo Dantas et al. (2015) os sintomas mais relatados por portadores de DTM são dores musculares, dores de cabeça, desconforto ou disfunção articular, otalgia, zumbidos, tonturas e/ou dores no pescoço.

A dor de cabeça também é um sintoma associado à DTM (OKESON, 1992). Estima-se que 80% de todas as dores de cabeça relatadas estão associadas a fontes musculares. Sabe-se então que as atividades musculares da cabeça e do pescoço provavelmente desempenham um papel importante na etiologia dessa dor. Sendo assim, o tratamento proposto para diminuir a hiperatividade muscular pode ter efeito na redução da dor de cabeça. Cefaleias, zumbido ou tamponamento do ouvido, também podem estar relacionadas à DTM (TOMACHESKI et al., 2004).

3.2.7 Diagnóstico

A análise do paciente com dor e/ou DTM, é semelhante a qualquer outro meio de avaliação clínica odontológica. É preciso uma história médica completa, um exame clínico, exame físico, e se preciso exame de imagem da ATM. Estudos de diagnóstico especiais devem ser

realizados somente quando indicados, e não como estudos de rotina (TUCKER; DOL WICK, 2000).

O exame físico, constituído por palpação muscular e da ATM, mensuração da movimentação mandibular ativa e análise de ruídos articulares, quando executado por profissionais treinados e calibrados, é um instrumento de grande valor no diagnóstico e na formulação de propostas de terapia, assim como de acompanhamento da eficácia dos tratamentos propostos (LEEuw, 2010).

Dentre as técnicas mais utilizadas e consideradas suficientes para o diagnóstico da DTM por imagem, para Brooks et al. (1997) a ressonância magnética (RM) é o exame de eleição. A RM é o exame que possibilita a visualização do disco articular e tecidos moles circundantes. Informações a respeito do contorno ósseo também são obtidas por meio deste exame. Além disso, anormalidades do côndilo também podem ser vistas. É um exame não invasivo com custo elevado, entretanto fornece uma série de informações importantes referentes ao diagnóstico (Brooks et al., 1997).

3.2.8 Tratamento

De acordo com Pficer et al. (2017) quase 100 milhões de pessoas têm DTM nos Estados Unidos e aproximadamente 3 milhões de placas são feitas por ano, a um custo de 990 milhões de dólares somente neste país. Devido a isso, a Associação Americana para pesquisa odontológica deu uma declaração política para que a gestão da DTM seja baseada em evidências para fornecer um tratamento com o maior potencial de alívio de sintomas em longo prazo.

O tratamento da DTM visa controlar a dor, recuperar a função do SE, diminuir cargas que perpetuem o problema, bem como reeducar e orientar o paciente sobre como agir e se portador diante desta disfunção (CARRARA; CONTI; BARBOSA, 2010; MARTINS et al., 2016). Os pacientes podem ser submetidos a tratamentos reversíveis não invasivos - como uso de placas - modificação oclusal permanente, através de ajustes oclusais e cirurgias da ATM. No entanto, atualmente o tratamento é caracterizado como reversível e conservador, portanto visa o emprego de métodos não cirúrgicos para redução da dor e do desconforto, diminuição da inflamação nos músculos e articulação, e para a melhora da função mandibular. Na maioria dos casos, uma fase reversível não cirúrgica englobando autocuidado e terapias comportamentais viabiliza uma redução significativa da dor

(PETERSON et al., 2000; GRAY & DAVIES, 2001; PRAMOD et al., 2011).

Existem muitas opções terapêuticas que podem eliminar os sintomas nos músculos e na ATM, e estas incluem o uso de placas oclusais, terapia farmacológica, fisioterapia, terapia cognitivo comportamental, acupuntura, gestão de aconselhamento e autocuidado ou suas combinações (GRAY & DAVIES, 2001; MARTINS et al., 2016; PRAMOD et al., 2011, CHO; S.-H., & WHANG, 2010).

Uma das terapias preferenciais para o tratamento de pacientes com DTM é a placa oclusal. É um tratamento reversível, atraumático e que induz o relaxamento dos músculos do maxilar, descomprimi a ATM e protege os dentes do desgaste devido ao bruxismo (LIST; JENSEN, 2017).

Além das placas oclusais, a terapia de aconselhamento, que consiste em explicar a etiologia do problema, tem sido utilizada no tratamento da DTM (GRAY; DAVIES; QUAYLE, 1994; MARTINS et al., 2016). Este método é frequentemente um grande alívio para os pacientes. Ter seus sintomas esclarecidos com termos mais simples e saber que muitos outros pacientes sofrem com desordens similares, traz benefícios ao tratamento como um todo (GRAY; DAVIES; QUAYLE, 1994). Essas terapias incluem não somente o aconselhamento, mas também englobam uma terapia comportamental cognitiva, reversão do hábito, autotratamento em casa com instruções para técnicas de relaxamento (LIST; JENSEN, 2017). Entretanto, os dentistas não devem garantir um resultado de sucesso no tratamento, nem tratar a disfunção como sendo causa de um simples problema mecânico, como a oclusão (GRAY; DAVIES; QUAYLE, 1994).

O autotratamento deve ser proposto ao paciente em busca da prevenção de mais traumas ao SE. Por exemplo, a modificação de hábitos nocivos, como mascar chicletes, bocejar e morder objetos devem ser enfatizados e recorrigidos. Já os hábitos parafuncionais, como apertar os dentes, interposição lingual, morder a bochecha, má postura ao dormir e tocar certos instrumentos musicais devem ser revertidos e evitados de forma que o paciente tome ciência de se auto vigiar, evitando-os. Ao criar consciência do hábito e ao receber motivação para a mudança o paciente previne o trauma. Um simples mecanismo de feedback, como lembretes visuais adaptados as atividades diárias do paciente, deve ser discutido e implementado, por exemplo, lembretes estrategicamente colocados na casa, no carro e no local de trabalho (OKESON, 2000).

É importante que o paciente se conscientize da sua DTM, evitar hábitos parafuncionais é essencial para um bom prognóstico, procurar manter uma vida mais saudável diminui o nível do estresse (NISHIMORI et al., 2014).

Hoje em dia, podemos contar com o auxílio da internet para monitorar o apertamento dentário, Roberto Garanhani e Wladimir Dal Bó criaram um aplicativo “Desencoste seus Dentes” que emite lembretes para o usuário desencostar os dentes, evitando a sobrecarga muscular e articular.

A farmacoterapia é considerada um tratamento coadjuvante, pois o tratamento definitivo depende do entendimento dos mecanismos fisiopatológicos da condição dolorosa. Sendo mais utilizada como uma medida terapêutica inicial na dor crônica (SILVEIRA, 2001). Em situações de dor crônica o uso de fármacos agudos (analgésicos e opióides) e/ou medicamentos preventivos (por exemplo, antidepressivos e antiepilépticos) parecem ser eficazes no alívio da dor. Portanto, a utilização de fármacos provavelmente seria favorável à dor orofacial. Entretanto o uso excessivo da medicação é particularmente significativo para a dor de cabeça, pois esses pacientes apresentam uma incidência muito elevada de dores de cabeça primárias comórbidas, é importante limitar o uso de todos os tipos de analgésicos agudos a um curto período de tempo e ao máximo de dois a três dias por semana (LIST; JENSEN, 2017).

Ademais, como os portadores de DTM, especialmente aqueles com uma condição de dor crônica, também podem se queixar de distúrbios do sono, a melhoria da qualidade do sono pode ser uma consideração importante para o tratamento (DANTAS et al., 2015).

3.3 CONSULTA DE URGÊNCIA / DOR OROFACIAL

Os termos urgência e emergência são aplicados em muitas ocasiões no âmbito dos serviços de saúde, e podem ser confundidos. As ocorrências odontológicas são classificadas de urgências, uma vez que muito raramente a vida do paciente se encontra comprometida. As Faculdades de Odontologia possuem clínicas que permitem aos seus acadêmicos atender essa parcela da população “SUS dependente”. Sendo assim, a ocorrência de urgências nestas clínicas é fato diário (SANCHEZ; DRUMOND, 2011).

A dor orofacial é uma sensação dolorosa que pode envolver os tecidos moles e mineralizados da cabeça, face, pescoço e estruturas associadas, assim como afetar negativamente a vida do paciente,

interferindo nas atividades diárias, no desempenho do trabalho e na qualidade do sono (MARTINS et al., 2016). A dor de origem não dentária tem se tornado uma queixa constante na área da saúde e dentre estas dores, a musculoesquelética relacionada às disfunções temporomandibulares (DTMs), é bastante frequente (CARRARA; CONTI; BARBOSA, 2010).

Como já mencionado nesta revisão, a dor orofacial é o principal sintoma da DTM, e sua sintomatologia varia de um leve desconforto à pior dor possível, motivando o paciente a buscar ajuda (MARTINS et al., 2016).

A dor crônica é a principal razão para à procura do tratamento para DTM, e pode estar relacionada com problemas geral de saúde, depressão ou fatores que atrapalham o bem estar e qualidade de vida do paciente (REISINE et al.; 1989 LIST; JENSEN, 2017). A DTM partilha semelhanças com outras condições dolorosas como dor crônica, cefaleia tipo tensional ou enxaqueca, dor lombar, fibromialgia e causa muito sofrimento para o indivíduo (LIST; JENSEN, 2017).

Dentre os dois tipos de DTMs (musculares e articulares), a de origem muscular é a mais frequente (CARRARA; CONTI; BARBOSA, 2010). A mialgia é a mais comum e ocorre em cerca de 80% dos pacientes com DTM muscular. Em seguida temos a dor miofascial com referência (LIST; JENSEN, 2017). Alguns autores também relataram que a DTM muscular promove maior intensidade de dor do que a DTM articular (LUNDEEN et al., 1987).

Na consulta de urgência de pacientes com DTM muscular dolorosa, várias abordagens podem ser realizadas. Além dos aconselhamentos e orientações, as massagens, termoterapias, agulhamentos e mais rotineiramente as terapias farmacológicas (analgésicos, anti-inflamatórios e relaxantes musculares) (SILVEIRA, 2001) são preconizadas. Bem como a confecção da placa de mordida anterior (“front plateau”) (ALENCAR JUNIOR et al., 2004).

3.3.1 Placas de mordida anterior (placa anterior, “FRONT PLATEAU”, “NTI”).

A placa oclusal é definida como uma superfície oclusal artificial e removível que serve como auxiliar no diagnóstico (PACHECO, 2010; SRIVASTAVA; JYOTI; DEVI, 2013; ALQUTAIBI; ABOALREJAL, 2015) ou como forma de tratamento para DTMs (ALQUTAIBI; ABOALREJAL, 2015). Estes aparelhos oclusais também podem ser utilizados para a estabilização oclusal, prevenir o desgaste dos dentes

contra o bruxismo (TANAKA, ARITA, SHIBAYAMA, 2004; SRIVASTAVA, JYOTI, DEVI, 2013; ALQUTAIBI, ABOALREJAL, 2015), relaxar os músculos da mastigação (SRIVASTAVA; JYOTI; DEVI, 2013), melhorar a função da musculatura e aliviar a dor (PETTENGILL, C.A. et al., 1998; TANAKA, ARITA, SHIBAYAMA, 2004; SRIVASTAVA; JYOTI; DEVI, 2013). Além disso, altera a posição da ATM aumentando a dimensão vertical da boca (VAN GROOTEL et al., 2017).

Ao longo dos anos, as placas oclusais tornaram-se a escolha terapêutica mais frequente para o tratamento das DTMs (PFICER et al., 2017). O mecanismo de ação destas placas ainda não é muito bem entendido, porém acredita-se que a eficácia esteja relacionada com as mudanças na dimensão vertical de oclusão, no reposicionamento das ATMs, na redução da atividade muscular, remoção das interferências oclusais, modificação dos hábitos e na própria conscientização do paciente (DAO et. al.; 1998).

As placas podem variar de forma, espessura, tipo do material utilizado, período diário de uso, posicionamento da placa sobre o arco mandibular ou maxilar, e a necessidade ou não de ajustes (ROAK et al. 2003). Elas podem ser feitas de resina acrílica e podem cobrir todos os dentes de um arco ou apenas alguns, como é o caso da placa de mordida anterior (ALQUTAIBI; ABOALREJAL, 2015).

A placa de mordida anterior é um aparelho de acrílico incolor autopolimerizável que envolve apenas os dentes ântero-superiores, com função principal de desocluir os dentes posteriores. Esta placa é barata, de fácil e rápida execução (MOLINA, 1989; BATAGLION et al. 1993; MARTINEZ e SANTOS, 2000).

Um estudo eletromiográfico verificou uma redução de 70 a 90% dos sintomas das DTMs. Essa diminuição da atividade muscular ocorreu principalmente nos músculos masseter e temporal (MOLINA, 1989).

Existem algumas hipóteses sobre a sua efetividade, no entanto ainda é controverso. Segundo Molina (1989), a placa de mordida anterior exclui temporariamente a informação nociceptiva a partir da região oral, periodontal e articular. Assim, esse dispositivo oclusal pode reposicionar o côndilo, desocluir os dentes posteriores e como consequência eliminar os contatos prematuros e as interferências oclusais. Então, é possível que o desaparecimento temporário dos contatos prematuros e o reposicionamento condilar em uma posição mais estável estimulem o relaxamento dos músculos mastigatórios. A desprogramação proprioceptiva promovida pela placa de mordida

anterior permite eliminar a contração e o estiramento prolongados quando há contatos prematuros (BATAGLION et al.1993). Do mesmo modo, esta placa interoclusal anterior promove equilíbrio mecânico e funcional do SE e principalmente controla o espaço biológico intra-articular pela correta posição dos côndilos na fossa mandibular, o que favorece o restabelecimento da normalidade nas relações musculares (MACIEL, 1999).

Apesar dos benefícios deste tipo de placa, ela deve ser usada com cautela, por curtos períodos de tempo (SRIVASTAVA; JYOTI; DEVI, 2013), visto que os dentes posteriores sem contato podem extruir (ALENCAR JUNIOR et al., 2004).

Apesar de possuir muitas vantagens (MOLINA, 1989; BATAGLION et al. 1993; MARTINEZ e SANTOS, 2000), existem poucas evidências científicas quanto a sua eficiência e muitas preocupações em relação aos seus possíveis efeitos colaterais, sendo, portanto, refutada por muitos pesquisadores e clínicos.

4. METODOLOGIA

A fase inicial do trabalho focou na pesquisa bibliográfica e revisão da literatura, tanto nacional quanto internacional. Foi realizada uma pesquisa nas bases de dados Scielo, PubMed, Lilacs e Google Acadêmico, por meio de palavras chaves relacionadas a DTM e placa de mordida anterior. Através dos artigos selecionados e de livros, foi escrita a revisão de literatura.

Após a aprovação do projeto de pesquisa perante o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) (projeto aprovado sob número 2.008.561), foram selecionados pacientes com DTM muscular dolorosa no Centro Multidisciplinar de Dor Orofacial da UFSC (CEMDOR), no período de março a setembro de 2017. O CEMDOR ocorre às segundas-feiras no período vespertino na clínica da Universidade e atualmente consta com atendimentos de 20 pacientes por turno e de 3 a 5 atendimentos de urgência, onde os pacientes são, nesta ordem, triados, avaliados, diagnosticados, tratados com as melhores terapias conservadoras disponíveis e acompanhados. Todos os pacientes triados foram esclarecidos quanto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecidos (TCLE) de acordo com as normas do CEP da UFSC. Somente os pacientes que aceitaram e assinaram o termo foram incluídos na pesquisa.

Os pacientes que chegaram com dor, responderam a anamnese e foram submetidos ao exame físico intra e extra oral. Como não existem marcadores fisiológicos mensuráveis que indiquem se uma pessoa é portadora ou não de DTM, seu diagnóstico foi baseado no conjunto de sinais e sintomas clínicos. A ferramenta utilizada para a classificação e o diagnóstico da DTM foi Diagnostic Criteria (DC/TMD) (SCHIFFMAN et al., 2014).

A anamnese constou de perguntas referentes à queixa principal como início, qualidade, fatores de piora, de melhora, desencadeantes, sintomas acompanhantes, tratamentos já realizados, história médica e hábitos parafuncionais e ocupacionais. Quanto ao exame físico realizou-se a avaliação facial e da ATM (movimentação, presença ou não de ruídos e história de travamentos). Em seguida fez-se a palpação, e classificação da dor na ATM, masseter, temporal e esternocleidomastoideo (zero para sem dor e três para dor severa). A presença de trigger point também foi conferida no exame de palpação. A mensuração da dor do paciente foi feita por meio de métodos quantitativos e qualitativos. Os métodos quantitativos envolveram a Escala Analógica Visual (EAV), que consiste em uma linha horizontal

de 10 cm onde na extremidade esquerda se lê “sem dor” e na extremidade direita “pior dor imaginável”. A linha é marcada com um traço vertical pelo sujeito da pesquisa indicando a intensidade da sua dor no momento, uma média da última semana e uma média do último mês. Paralelamente, o paciente também informou um número de 0 a 10, na tentativa de quantificar melhor a sua dor. O método qualitativo empregado foi através da Escala de Percepção Global de Mudança (PGIC), onde o paciente apontou uma das seguintes alternativas: sem alterações; quase na mesma, sem qualquer alteração visível; ligeiramente melhor, mas sem mudanças consideráveis; com algumas melhorias, mas a mudança não representou qualquer diferença real; moderadamente melhor, com mudança ligeira mais significativa; melhor, e com melhorias que fizeram uma diferença real e útil; muito melhor, e com uma melhoria considerável que fez toda a diferença.

Os pacientes diagnosticados com DTM muscular dolorosa receberam uma placa anterior de resina acrílica para utilizarem durante o sono. A placa anterior lisa foi confeccionada nos dentes ântero-superiores (canino a canino). Foi realizado reavaliação destes pacientes após 1 semana para comparar a dor no momento da consulta de urgência e após o uso da placa anterior, para desta forma, poder avaliar a efetividade da placa na remissão dolorosa.

É importante ressaltar que os pacientes são orientados em relação ao tempo de uso da placa anterior e que o seu uso por mais de 3 meses pode trazer consequências indesejáveis.

Na ultima etapa foi realizado a coleta de dados e a análise dos resultados; e por fim, redação do texto completo.

5. DESCRIÇÃO DOS CASOS CLÍNICOS

No total foram atendidos 12 pacientes com DTM muscular que relataram dor com diferentes intensidades. Cada paciente recebeu uma placa anterior como medida estratégica para avaliar a diminuição dos sintomas. Para esses pacientes não foi prescrito nenhum tipo de fármaco. Após o uso da placa por uma semana, os pacientes voltaram e foram reavaliados, e quando necessário, fez-se o ajuste da placa. Os pacientes marcaram na EAV, um traço correspondente à dor (simultaneamente correlacionaram um número de zero a dez) no momento que chegaram e após o uso da placa anterior por uma semana. Na reavaliação, também preencheram a Escala de Percepção Global de Mudança (PGIC), marcando a alternativa correspondente a como eles se sentiram após as mudanças (se houveram) nas limitações de atividades, sintomas, emoções e qualidade de vida.

CASO CLÍNICO - PACIENTE 1.

Nome: M.E.F.S.

Sexo: feminino.

Profissão: arquiteta/professora aposentada.

Idade: 65 anos.

Queixa principal: dor na musculatura de toda face e cabeça.

Anamnese: dores há alguns anos, mas nos últimos 2 anos teve essa dor agravada e relacionou com o falecimento de sua filha. Durante a manhã e com o estresse percebeu que a dor piora, para melhorá-la faz massagem na área mais dolorida.

Exame físico: abertura normal, com 45 mm incluindo trespasse, estalidos na abertura e no fechamento da boca. Não teve história de travamento.

Apalpação: sem trigger point, no masseter sentiu dor moderada em todos os pontos; dor leve no temporal e na ATM.

Medicação: uso contínuo de Miosan (cloridrato de ciclobenzaprina) há 1 ano, indutor de sono e outras medicações.

Automedicação: sim.

Qualidade do Sono: ruim.

EAV momento consulta: 3 (estava medicada) / EAV semana: 9.

Diagnóstico: bruxismo do sono e em vigília, DTM muscular (mialgia) e DTM articular (artralgia).

Reavaliação: EAV momento consulta: - (estava medicada) / EAV semana: 2.

PGIC: 7.

% Melhora no momento: desconsiderar, pois estava medicada.

% Melhora na semana: 78%

CASO CLÍNICO - PACIENTE 2.

Nome: F.S.

Sexo: masculino.

Profissão: autônomo.

Idade: não relatada (entre 30 e 40 anos).

Queixa principal: dor muscular intensa no masseter direito há uma semana.

Anamnese: paciente já usava a placa total para bruxismo, porém relatou estar sem usá-la por fratura da mesma.

Exame clínico: todos itens apresentaram-se dentro da normalidade.

Apalpação: não foi encontrado nenhum trigger point, na ATM a palpação foi classificada como 0, no masseter direito encontrou-se dor 1 à palpação, no temporal direito 2 e no esquerdo 1.

Medicação: dorflex.

Automedicação: sim.

Qualidade do Sono: não relatou.

EAV momento consulta: 9 / EAV semana: 9.

Diagnóstico: bruxismo do sono, DTM muscular (mialgia).

Reavaliação: EAV no momento consulta: 1 / EAV semana: 1.

PGIC: 6.

% Melhora no momento: 89%

% Melhora na semana: 89%

CASO CLÍNICO - PACIENTE 3.

Nome: E.A.

Sexo: feminino.

Profissão: estudante.

Idade: 23 anos.

Queixa principal: dor de cabeça, dor descrita como sensibilidade em todo rosto, dor e zumbido no ouvido.

Anamnese: já estava em tratamento com a fonoaudiologia, enxaqueca, estressada.

Exame físico: deflexão para esquerda, clique na ATM direita.

Apalpação: dor 3 na ATM direita, na porção anterior do temporal dos dois lados e na porção média somente no lado direito.

Medicação: sim, para depressão.

Automedicação: sim, miosan há muito tempo.

Qualidade do Sono: péssima.

EAV momento consulta: 7 / EAV semana: 9.

Diagnóstico: bruxismo do sono, DTM muscular e articular, enxaqueca, dor crônica.

Reavaliação: EAV momento consulta: 7 (quase a mesma) / EAV semana: 9.

PGIC: 2.

% Melhora no momento: 0%

% Melhora na semana: 0%

CASO CLÍNICO - PACIENTE 4.

Nome: M.A.M.

Sexo: feminino.

Profissão: estagiária.

Idade: 19 anos.

Queixa principal: dor na região da ATM e no músculo temporal, ao acordar sente dor nos dentes.

Anamnese: sente dor constante, moderada, pulsátil e latejante, já teve história de travamento ao bocejar.

Exame clínico: ruídos articulares, como estalido na abertura e crepitação, ambos no lado direito.

Apalpação: TP do lado direito na porção anterior do temporal e nas outras porções possui dor 2 tanto no lado direito como no esquerdo

Medicação: relaxante muscular.

Automedicação: sim, relaxante muscular.

Qualidade do Sono: não relatada.

EAV momento consulta: sem dor (medicada) / EAV semana: 8.

Diagnóstico: bruxismo do sono e em vigília, DTM muscular (miofascial), DTM articular (artralgia e subluxação).

Reavaliação: EAV momento consulta: 0 / EAV semana: 5.

PGIC: 5.

% Melhora no momento: desconsiderar, pois estava medicada.

% Melhora na semana: 37,5%

CASO CLÍNICO - PACIENTE 5.

Nome: A.P.

Sexo: feminino.

Profissão: gerente administrativa.

Idade: 28 anos.

Queixa principal: dores na face e cabeça e escuta estalos na ATM.

Anamnese: relatou que teve início há 2 meses juntamente com um momento da vida de muito estresse. Percebe que o estresse e a mastigação/fala são fatores de piora da dor, sendo na noite o horário de maior dor. A dor é bilateral, com frequência de 1 vez na semana, moderada e apertada. Faz uso contínuo do computador.

Exame clínico: desvio para esquerda ao fechar.

Apalpação: TP no masseter com espalhamento.

Medicação: não.

Automedicação: não.

Qualidade do Sono: não relatada.

EAV momento consulta: 3 / EAV semana: 4.

Diagnóstico: DTM muscular (mialgia localizada, dor miofascial com espalhamento), DTM articular (deslocamento de disco com redução esquerdo) e cefaleia tipo tensional.

Reavaliação: EAV momento consulta: 3 / EAV semana: 4.

PGIC: 3.

% Melhora no momento: 0%

% Melhora na semana: 0%

CASO CLÍNICO - PACIENTE 6.

Nome: F.W.M.

Sexo: feminino.

Profissão: estudante.

Idade: 23 anos.

Queixa principal: dor no pescoço e na cabeça.

Anamnese: nota que piora com estresse e ao ler com o pescoço baixo.

Melhora com massagem e medicação. A dor piora à noite e percebe que com o passar do tempo os sintomas pioram.

Exame físico: sem desvio e ruídos.

Apalpação: dor severa (3) na porção lateral da ATM no lado direito, e no esquerdo dor moderada (2). Na origem do masseter dor leve no lado direito e 3 no esquerdo. No temporal foi: lado direito na anterior = 2, médio = 3, posterior = 2 e lado esquerdo porção anterior = 1, as demais porções foram zero.

Medicação: atualmente faz uso de Cefaliv (merilato de di-hidroergotamina 1mg, dipirona sódica 350mg, cafeína 100mg).

Automedicação: sim.

Qualidade do Sono: não relatada.

EAV momento consulta: 7 / EAV semana: 7.

Diagnóstico: DTM muscular (mialgia localizada no lado esquerdo e dor miofascial no lado direito com espalhamento), DTM articular (artralgia).

Reavaliação: EAV momento consulta: 1 / EAV semana: 2.

PGIC: 5.

% Melhora no momento: 85,7%

% Melhora na semana: 71,4%

CASO CLÍNICO - PACIENTE 7.

Nome: R.M.L.

Sexo: feminino.

Profissão: estudante.

Idade: 24 anos.

Queixa principal: dor na face e cabeça.

Anamnese: sente dor de cabeça todos os dias.

Exame clínico: abertura com desvio para esquerda e estalido na abertura e no fechamento da boca no lado esquerdo da ATM. Às vezes tem dificuldade para abrir a boca.

Apalpação: diversos TP com espalhamento, porção profunda do masseter, bem como no corpo e também na porção anterior do temporal.

Medicação: advil quase todos os dias.

Automedicação: sim.

Qualidade do Sono: ruim.

EAV momento consulta: 0 (medicada) / EAV semana: 8.

Diagnóstico: bruxismo do sono e em vigília, DTM muscular (dor miofascial), DTM articular (deslocamento de disco com redução do lado esquerdo).

Reavaliação: EAV momento consulta: 0 (sem medicação) / EAV semana: 2.

PGIC: 6.

% Melhora no momento: desconsiderar, pois estava medicada.

% Melhora na semana: 75%

CASO CLÍNICO - PACIENTE 8.

Nome: I.S.M.

Sexo: feminino.

Profissão: estudante odontologia.

Idade: 21 anos.

Queixa principal: dor na face, principalmente do lado direito.

Anamnese: acorda com dor, é muito estressada e ansiosa.

Exame físico: hipertrofia masseter.

Apalpação: dor miofascial masseter direito com referência para perto do ouvido, mialgia no masseter e temporal = 3, dor na ATM direita = 2.

Medicação: dorflex, paracetamol pelo menos 2 vezes na semana.

Automedicação: sim.

Qualidade do Sono: ruim.

EAV momento consulta: 8 / EAV semana: 9.

Diagnóstico: bruxismo do sono e em vigília, DTM muscular (dor miofascial masseter direito com referência, mialgia), DTM articular (artralgia na ATM direita).

Reavaliação: EAV momento consulta: 1 / EAV semana: 1.

PGIC: 7.

% Melhora no momento: 87,5%

% Melhora na semana: 89%

CASO CLÍNICO - PACIENTE 9.

Nome: L.D.S

Sexo: feminino.

Profissão: estudante odontologia.

Idade: 20 anos.

Queixa principal: dor na face e sono ruim.

Anamnese: estressada.

Exame físico: sem desvio e ruídos.

Apalpação: TP masseter direito e esquerdo (3). Dói mais o masseter direito, dor temporal (2), sem dor ATM.

Medicação: não.

Automedicação: às vezes.

Qualidade do Sono: péssima.

EAV momento consulta: 7 /EAV semana: 9.

Diagnóstico: bruxismo do sono e em vigília, DTM muscular (mialgia, dor miofascial).

Reavaliação: EAV momento consulta: 0 / EAV semana: 1.

PGIC: 7.

% Melhora no momento: 100%

% Melhora na semana: 89%

CASO CLÍNICO - PACIENTE 10

Nome: B.A.C.V.

Sexo: feminino.

Profissão: atendente de farmácia.

Idade: 17 anos.

Queixa principal: dor na face, cansaço na musculatura, não consegue mascar chiclete e sente dores de cabeça. Começou há 3 meses.

Anamnese: foi ao otorrinolaringologista e em seguida encaminhada ao dentista.

Exame físico: suspeita de deslocamento do disco com redução na ATM esquerda.

Apalpação: TP no masseter esquerdo com referência para baixo e para dentro, dor moderada no masseter direito, sem dor ATM.

Medicação: tomou tramadol há 1 semana.

Automedicação: não.

Qualidade do Sono: ruim.

EAV momento consulta: 9 (ao mastigar chega a 10) / EAV semana: 9.

Diagnóstico: bruxismo do sono e em vigília, DTM muscular (dor miofascial no masseter esquerdo e mialgia no masseter direito), DTM articular (deslocamento do disco).

Reavaliação: EAV momento consulta: 2 / EAV semana: 4.

PGIC: 6.

% Melhora no momento: 78%

% Melhora na semana: 55,5%

CASO CLÍNICO - PACIENTE 11.

Nome: A.B.S.A.

Sexo: feminino.

Profissão: empresária.

Idade: 42 anos.

Queixa principal: apertamento, pressão e dor na face. Dor no masseter, quando não toma miosan sente que a dor sobe para a cabeça.

Anamnese: começou a ter dor há mais de um ano após crise de enxaqueca e dor na face. Sem miosan e com estresse a dor piora.

Exame físico: um pouco de desvio na abertura da boca, sendo a abertura máxima de 53mm.

Apalpação: TP masseter esquerdo com referência para baixo e para dentro, dor moderada no masseter direito, tem dois TP com referência para região de ATM, sem dor na ATM, dor perto da inserção do masseter direito.

Medicação: miosan 10mg.

Automedicação: sim, relaxante muscular todos os dias.

Qualidade do Sono: dorme bem quando usa o miosan.

EAV momento consulta: 8 / EAV semana: 8.

Diagnóstico: bruxismo do sono e em vigília, DTM muscular (dor miofascial no masseter esquerdo e mialgia masseter direito), DTM articular (hipermobilidade).

Reavaliação: EAV momento consulta: 2 / EAV semana: 2.

PGIC: 6.

% Melhora no momento: 75%

% Melhora na semana: 75%

CASO CLÍNICO - PACIENTE 12.

Nome: D.S.

Sexo: feminino.

Profissão: secretária.

Idade: 39 anos.

Queixa principal: sente muita dor na face.

Anamnese: começou a sentir dores fortes há 2 semanas no lado direito da mandíbula, região infra orbitária e frontal. Sente dores de cabeça.

Exame físico: dentro da normalidade.

Apalpação: TP no masseter esquerdo com referência, TP no masseter direito com espalhamento, dor na inserção do masseter direito, sem dor na ATM.

Medicação: amoxicilina, anti-inflamatório e rivotril.

Automedicação: não.

Qualidade do Sono: ruim.

EAV momento consulta: 10 / EAV semana: 9.

Diagnóstico: bruxismo do sono e em vigília, DTM muscular (dor miofascial e mialgia), DTM articular (artralgia), cefaleia tipo tensional.

Reavaliação: EAV momento consulta: 2 / EAV semana: 2.

PGIC: 6.

% Melhora no momento: 80 %

% Melhora na semana: 77,8%

5.1 Resumo dos Casos Clínicos

Tabela 1 – Avaliação dos pacientes na consulta inicial, na reavaliação e o grau de melhora obtido após o uso da placa anterior por uma semana.

P*	CONSULTA INICIAL		REAVALIAÇÃO APÓS 7 DIAS			MELHORA DA DOR APÓS 7 DIAS	
	EAV (M)	EAV (S)	EAV (M)	EAV (S)	PGIC	EAV (M)	EAV (S)
1	3 (-)	9	0	2	7	-	78%
2	9	9	1	1	6	89%	89%
3	7	9	7	9	2	0%	0%
4	0 (-)	8	0	5	5	-	37,5%
5	3	4	3	4	3	0%	0%
6	7	7	1	2	5	85,7%	71,4%
7	0 (-)	8	0	2	6	-	75%
8	8	9	1	1	7	87,5%	89%
9	7	9	0	1	7	100%	89%
10	9	9	2	4	6	78%	55,5%
11	8	8	2	2	6	75%	75%
12	10	9	2	2	6	80%	77,8%

Legenda: P*= Pacientes, (M) = avaliação no momento da consulta, (S) = avaliação semanal, (-) = paciente medicado, - = não foi possível o cálculo, EAV = escala analógica visual, PGIC = Escala de Percepção Global de Mudança.

Tabela 2 - Comparação da avaliação da dor no momento da consulta de urgência e após o uso da placa anterior pela Escala Analógica Visual (EAV) (Não foi possível fazer esta comparação nos pacientes 1, 4 e 7, pois estavam medicados nas consultas de urgência).

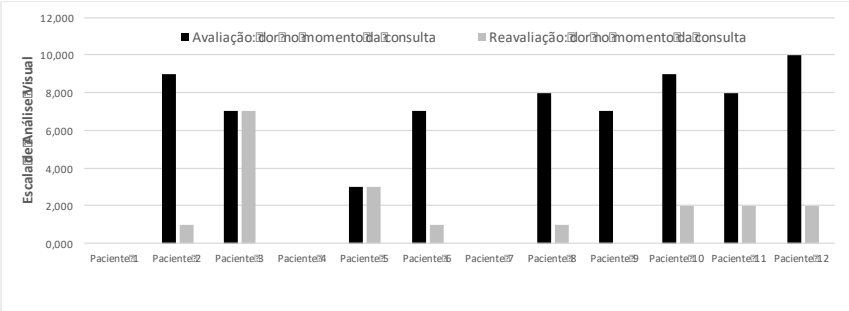


Tabela 3 - Comparação da avaliação da dor na semana da consulta de urgência e na semana após o uso da placa anterior pela Escala Analógica Visual (EAV).

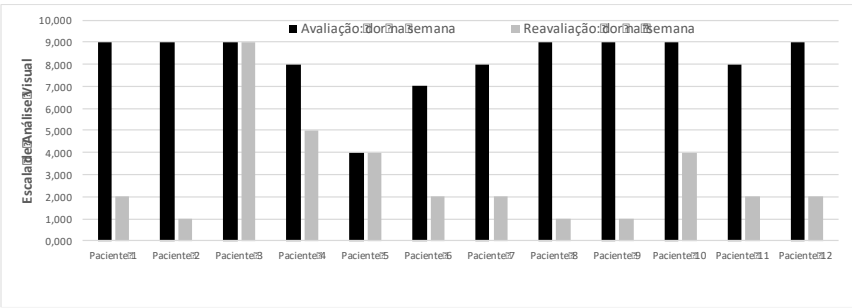


Tabela 4 - Avaliação da dor após o uso da placa anterior pela Escala de Percepção Global de Mudança (PGIC). O paciente apontou uma das seguintes alternativas: (1) sem alterações; (2) quase na mesma, sem qualquer alteração visível; (3) ligeiramente melhor, mas sem mudanças consideráveis; (4) com algumas melhorias, mas a mudança não representou qualquer diferença real; (5) moderadamente melhor, com mudança ligeira mais significativa; (6) melhor, e com melhorias que fizeram uma diferença real e útil; (7) muito melhor, e com uma melhoria considerável que fez toda a diferença.

	ESCALA DE PERCEPÇÃO GLOBAL DE MUDANÇA (PGIC)						
PACIENTE	1	2	3	4	5	6	7
1							X
2						X	
3		X					
4					X		
5			X				
6					X		
7						X	
8							X
9							X
10						X	
11						X	
12						X	

6. DISCUSSÃO

A importância de se estudar as urgências em Odontologia se justifica, principalmente, pelo fato dela se constituir como uma realidade vivida no cotidiano da clínica odontológica, possuindo alguns estudos a respeito deste tipo de atendimento (SANCHEZ; DRUMOND, 2011). Uma das principais causas de urgência nos consultórios é a dor orofacial (NISHIMORI et al., 2014). Dentre elas, a dor dentária ainda é a dor mais comum, no entanto a dor proveniente da DTM muscular vem crescendo a cada dia (NISHIMORI et al., 2014; CARRARA; CONTI; BARBOSA, 2010) e já é considerada a principal causa de dor de origem não dental na região orofacial (SARTORETTO; BELLO; DELLA BONA, 2012).

Quando o paciente procura atendimento de urgência para resolver sua dor orofacial, proveniente de DTM muscular, vários procedimentos podem ser realizados, dentre eles a farmacoterapia, amplamente utilizada. No entanto, a receita de analgésicos, anti-inflamatórios e relaxantes musculares podem trazer efeitos adversos, os quais podem ser mais graves do que a doença original (DAMASCENO et al., 2007).

Quando se elege a placa como tratamento, o cirurgião dentista escolhe uma intervenção não invasiva, simplificada, de baixo custo, acessível em todas as classes sociais, onde na maioria dos casos minimizam ou acabam com a dor (NISHIMORI et al., 2014; PORTERO et al., 2009). Dentre as diversas finalidades das placas oclusais, uma delas é promover uma posição temporariamente mais estável da ATM, bem como promover uma oclusão funcional para reorganizar a atividade reflexa neuromuscular anormal e assim propiciar uma função muscular mais congruente (PORTERO et al., 2009). As placas, do tipo placa anterior, confeccionadas com resina ativada quimicamente podem ser instaladas na mesma consulta, possuindo um caráter emergencial (OKESON, 1992; PÀDUA et al., 1998; JOKSTAD, 2009) mas devem ser utilizadas com cautela por um limitado período de tempo (JOKSTAD, 2009; SRIVASTAVA; JYOTI; DEVI, 2013). A placa anterior é rotulada como estabilizadora, ao usá-la o paciente aumenta a dimensão vertical e consequentemente pode diminuir a atividade muscular durante os hábitos parafuncionais (NISHIMORI et al., 2014).

O Centro Multidisciplinar de Dor Orofacial (CEMDOR) da UFSC é um centro de referência em Santa Catarina que realiza diagnóstico, tratamento e acompanhamento de pacientes com Disfunção Temporomandibular, Distúrbio do Sono e Dor Orofacial visando à

recuperação da função, o alívio da dor e a melhora da qualidade de vida destes pacientes. A cada semestre, cerca de 80 pacientes são atendidos na clínica de odontologia por alunos da nona fase e da pós-graduação em Odontologia na forma de estágio supervisionado e muitos destes pacientes procuram atendimento porque possuem DTM muscular dolorosa e são atendidos inicialmente em uma consulta de urgência.

Nestas consultas, geralmente quando o paciente é diagnosticado com DTM muscular, ou com DTM muscular e DTM articular, onde a DTM muscular parece ser mais preponderante, são confeccionadas placas anteriores com a intenção de ajudar na remissão da dor e de fornecer o melhor tratamento para o paciente, ou seja, sem custo e sem os efeitos colaterais da farmacoterapia. Os pacientes são orientados a utilizá-las durante o sono e por um tempo máximo de 3 meses para evitar efeitos indesejáveis. No entanto, muitas escolas não utilizam este tipo de placa, pois faltam comprovações científicas em relação a sua eficácia e por receio dos seus possíveis efeitos colaterais.

No presente trabalho, tentou-se selecionar todos os casos de atendimento de urgência no CEMDOR nos anos de 2016 e 2017, onde ocorreu a confecção da placa anterior. No entanto muitas fichas clínicas não foram corretamente preenchidas pelos alunos ou muitos pacientes não fizeram a reavaliação após 7 dias. Desta forma, muitos casos foram excluídos do estudo, restando apenas 12 atendimentos.

Destes 12 pacientes, 11 eram mulheres e a maioria possuía idade entre 20 e 40 anos solidando que a DTM tem sua maior prevalência em mulheres e em indivíduos entre 20 e 45 anos (NICOLAS 2001, PFICER et al., 2017). A maioria dos indivíduos foram diagnosticados com DTM muscular e articular e apenas 2 pacientes foram diagnosticados exclusivamente com DTM muscular. Nove pacientes foram diagnosticados com bruxismo do sono, 7 com bruxismo em vigília, sendo que todos portadores de bruxismo em vigília também apresentaram bruxismo do sono. Apenas 1 foi diagnosticado com dor crônica e enxaqueca e outros 2 pacientes com cefaleia do tipo tensional.

Para avaliar a eficácia da placa anterior na remissão da dor, foi realizado uma comparação da mensuração da dor no momento da consulta inicial através da escala EAV e após a utilização da placa por 7 dias, no entanto em 3 casos esta avaliação na consulta de urgência ficou prejudicada pois os pacientes estavam automedicados. A automedicação consiste no ato de usar fármacos sem prescrição médica e é uma prática bastante comum no Brasil, sendo um refúgio aos pacientes que procuram tratamento de doenças ou alívio de sintomas sem consultar um profissional (DAMASCENO et al., 2007). Dentro dos 9 casos restantes,

7 (77,7% dos casos) apresentaram melhora acima de 75% na remissão da dor no momento da consulta. Também foi realizada uma avaliação da dor durante a semana antes e depois da confecção da placa e os resultados também foram positivos. Dos 12 casos, 10 apresentaram melhora, 8 acima de 70%, 1 acima de 55% e 1 acima de 37,5%.

Assim sendo, estes resultados demonstram que 80% dos casos apresentaram melhora na remissão da dor, concordando com estudos que também relataram redução do nível de dor em pacientes com DTM com o uso da placa anterior (AKSAKALLI et al., 2015; STAPELMANN E TURP apud JOKSTAD 2009; ERBASAR; ALPASLAN; INAN, 2017).

Da mesma forma, a reavaliação após o uso da placa por 7 dias pela Escala de Percepção Global de Mudança (PGIC) apontou que, a maioria dos pacientes apresentaram considerável melhoras que fizeram uma diferença real e útil em seus cotidianos.

Apenas em 2 casos não houve nenhuma melhora no quadro da dor, e em 1 a melhora foi de apenas 37,5%. Uma possível explicação pode ser em consequência do tipo de bruxismo das pacientes. O bruxismo do sono difere do bruxismo em vigília por envolver distintos estados de consciência, além de diferentes estados fisiológicos, no entanto, apesar de ainda serem controversos na literatura, os dois tipos podem ser agentes importantes no desencadeamento e/ou mantimento da DTM gerando dor nos músculos mastigatórios e na ATM (MANFREDINI; LOBBEZOO, 2009; JIMENEZ SILVA et al., 2016). Apesar de 3 pacientes apresentarem os dois tipos de bruxismo, é provável que o bruxismo em vigília seja o predominante, e assim sendo, a placa anterior não teve tanto efeito pois foi utilizada apenas durante o sono. Também deve ser lembrado que, um destes pacientes possuía dor crônica e crises de enxaqueca recorrentes. A dor crônica envolve complexos processos de gênese e condução neural e é decorrente da ativação de mecanismos periféricos e centrais de manutenção e muitos pacientes crônicos são resistentes e refratários aos diferentes tipos de tratamento propostos (SESSLE, 2005).

Em consultas posteriores à reavaliação, foram confeccionadas placas oclusais com cobertura total dos dentes, pois estas geram menor risco do que as placas anteriores de alterações oclusais irreversíveis ao paciente como mordida aberta anterior, extrusões dentárias e migrações patológicas (PORTERO et al., 2009; JOKSTAD, 2009; AKSAKALLI et al. 2015).

Este estudo demonstrou que na maioria dos casos clínicos, ocorreu considerável melhora da dor, evitando a receita de

medicamentos e consequentemente evitando efeitos colaterais sistêmicos (DAMASCENO et al., 2007) e custos para o paciente (NISHIMORI et al., 2014). No entanto, a eficácia e a segurança da placa anterior ainda requerem estudos de qualidade e de longo prazo (CONTI et al., 2012). Estes estudos devem abranger maior número de pacientes e com melhor calibração dos pesquisadores para se obter o máximo de controle no diagnóstico, sintomatologia e acompanhamento dos casos.

7. CONCLUSÃO

A placa anterior configura ser eficaz na remissão da dor em pacientes de urgência com DTM muscular dolorosa, no entanto são necessários mais estudos de qualidade e de longo prazo para avaliar a real eficácia e segurança deste dispositivo.

REFERÊNCIAS

AKSAKALLI, Sertac et al. **Effectiveness of two different splints to treat temporomandibular disorders**. Journal Of Orofacial Orthopedics. Berlin, p. 318-327. jul. 2015.

ALENCAR JUNIOR FGP, Aizawa AS, Camparis CM. **Placas oclusais e suas indicações no tratamento de pacientes com disfunção craniomandibular (DCM)**. JBC J Bras Odontol Clin. 2004; 2(11): 56-62.

ALQUTAIBI, Ahmed Yaseen; ABOALREJAL, Afaf N. **Types of Occlusal Splint in Management of Temporomandibular Disorders (TMD)**. Journal Of Arthritis, [s.l.], v. 04, n. 04, p.1-4, 2015. OMICS Publishing Group. <http://dx.doi.org/10.4172/2167-7921.1000176>.

BARBOSA, Gustavo Augusto Seabra; ALVES, Arthur CÉSar de Medeiros. **CIADE – Centro Integrado de Atendimento a Portadores de Disfunção do Aparelho Estomatognático**. Rio Grande do Norte: Proex, 2010.

BATAGLION C, Hotta TH, Souza EA. **Placa de mordida anterior**. Odontol Mod. 1993; 20(4): 18-20.

BIASOTTO-GONZALEZ DA. **Abordagem interdisciplinar das disfunções temporomandibulares**. São Paulo: Manole; 2005.

BROOKS, Sharon L et al. Imaging of the temporomandibular joint. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, And Endodontology**, [s.l.], v. 83, n. 5, p.609-618, maio 1997. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s1079-2104\(97\)90128-1](http://dx.doi.org/10.1016/s1079-2104(97)90128-1).

CAMPOS, Jadb et al. **Consistência interna e reprodutibilidade da versão em português do critério de diagnóstico na pesquisa para desordens temporomandibulares (RDC/TMD - Eixo II)**. Revista Brasileira de Fisioterapia, São Carlos, v. 11, n. 6, p.451-459, dez. 2007.

FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-35552007000600006>.

CARDOSO, Antonio Carlos. **Oclusão: para você e para mim**. São Paulo (SP): Santos, 2003.

CARRARA, Simone Vieira; CONTI, Paulo César Rodrigues; BARBOSA, Juliana Stuginski. **Termo do 1º Consenso em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial**. Dental Press J Orthod. São Paulo, p. 114-120. maio 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S2176-94512010000300014>. Acesso em: 17 jul. 2017.

CARVALHO, Kelsyanne de Castro et al. **Prevalência dos sinais e sintomas sugestivos de disfunções temporomandibulares em um grupo de idosos da cidade de Teresina**. Conscientiae Saúde, São Paulo, v. 9, n. 3, p.441-447, 2010.

CHO, S.-H., & Whang, W.-W. (2010). **Acupuncture for Temporomandibular Disorders: A Systematic Review**. Journal of Orofacial Pain, 24(2), 152-162.

CIELO, Carla Aparecida et al. **Alterações de sistema estomatognático em indivíduos disfônicos**. Revista Cefac, São Paulo, v. 18, n. 3, p.613-625, jun. 2016.

CONTI, P. C. R. et al. **Behavioural changes and occlusal splints are effective in the management of masticatory myofascial pain: a short-term evaluation**. Journal Of Oral Rehabilitation, [s.l.], v. 39, n. 10, p.754-760, 5 jun. 2012. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2842.2012.02327.x>.

DAMASCENO, Dênis Derly et al. **Automedicação Entre Graduandos de Enfermagem, Farmácia e Odontologia da Universidade Federal de Alfenas**. Revista Min. Enfergamegm, Minas Gerais, v. 11, n. 1, p.48-52, mar. 2007.

DANTAS, Alana Moura Xavier et al. **Perfil epidemiológico de pacientes atendidos em um Serviço de Controle da Dor**

Orofacial. Rev. Odontol. Unesp, v. 44, n. 6, p.313-319, dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1807-2577.1065>.

DAO, T.T.T.; et. al – **Oral splints: the crutches for Temporomandibular Disorders and bruxism?** Crit. Rev. Oral. Biol. Med. V.9(3), p.345-361, 1998.

DWORKIN SF, Turner JA, Wilson L, Massoth D, Whitney C, Huggins KH, et al. **Brief group cognitive-behavioral intervention for temporomandibular disorders.** *Pain* 1994;59: 175-87.

ERBASAR, G. N. Hasanoglu; ALPASLAN, C.; INAN, G. Eroglu. **Can an NTI-tss device be effective as a first-line therapy in patients with TMD myofascial pain?** Journal Of Oral Rehabilitation, [s.l.], v. 44, n. 8, p.589-593, 7 jun. 2017. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1111/joor.12524>.

FERREIRA, Claudia Lúcia Pimenta; SILVA, Marco Antônio Moreira Rodrigues da; FELÍCIO, Cláudia Maria de. **Sinais e sintomas de desordem temporomandibular em mulheres e homens.** Revista Codas, Ribeirão Preto, v. 28, n. 17, p.17-21, 2016.

GRAY, R.J.M.; DAVIES, D.J – **Occlusal splints and Temporomandibular disorders: Why, when, how?** Dent. Update, v.28, p. 194-199, 2001.

ISMAIL FA, Demling A, Hessling K, Fink M, Stiesch-Scholz M, et al. **Short-term efficacy of physical therapy compared to splint therapy in treatment of arthrogenous TMD.** J Oral Rehabil 2007;34(11):807-13.

JIMENEZ-SILVA A, Pena-Duran C, Tobar-Reyes J, Frugone-Zambra R. **Sleep and awake bruxism in adults and its relationship with temporomandibular disorders: A systematic review from 2003 to 2014.** Acta Odontol Scand. 2016: 1-23.

JOKSTAD, Asbjørn. The NTI-tss device may be used successfully in the management of bruxism and TMD. **Evidence-based Dentistry**, [s.l.], v. 10, n. 1, p.23-23, 2009. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1038/sj.ebd.6400635>.

KRISHNAMOORTHY, Bhuvana; MAMATHA, Ns; KUMAR, Vinodar. **TMJ imaging by CBCT: Current scenario.** Annals Of Maxillofacial Surgery, [s.l.], v. 3, n. 1, p.80-83, jan. 2013. Medknow. <http://dx.doi.org/10.4103/2231-0746.110069>.

LEEuw R. **Dor orofacial: guia de avaliação, diagnóstico e tratamento.** 4ª ed. São Paulo: Quintessence; 2010.

LINDROTH JE, Schmidt JE, Carlson CR. **A comparison between masticatory muscle pain patients and intracapsular pain patients on behavioral and psychosocial domains.** J orofac pain. 2002;16(4):277-83.

LIST, Thomas; JENSEN, **Rigmor Højland.** **Temporomandibular disorders: Old ideas and new concepts.** Cephalalgia, Sweden, v. 13, n. 1, p.1-13, jan. 2017.

LUNDEEN TF, STURDEVANT JR, GEORGE JM. **Stress as a factor in muscle and temporomandibular joint pain.** J Oral Rehabil. 1987; 14: 447-56.

MACIEL RN. **Placa oclusal: aparelhos interoclusais.** In: VanzillottaPS; Salgado LPS. Odontologia integrada: atualização multidisciplinar para o clínico e o especialista. Rio de Janeiro: Pedro Primeiro; 1999. p.271-89.

MANFREDINI D, LOBBEZOO F. **Role of psychosocial factors in the etiology of bruxism.** *J Orofac Pain* 2009;23:153–166.

MARTINEZ OER, SANTOS RBO. **Uso da placa miorrelaxante anterior como auxiliar no diagnóstico dos distúrbios craniomandibulares.** Rev Bras Odontol. 2000; 57(6): 372-4.

MARTINS, Ana Paula Varela Brown et al. **Counseling and oral splint for conservative treatment of temporomandibular dysfunction: preliminary study.** Revista de Odontologia da Unesp, v. 45, n. 4, p.207-213, ago. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1807-2577.28515>.

MOLINA OF. **Fisiopatologia craniomandibular (Oclusão e ATM).** São Paulo: Pancast; 1989.

MORIMITSU, Luciane. **Disfunção Temporomandibular Causas e Efeitos**. 2000. 40 f. - Curso de Fonoaudiologia, Cefac, Londrina, 2000.

NICOLAS, F. **Compreendendo as Desordens Temporomandibulares (DTM)**. Disponível em: <
http://www.wmulher.com.br/template.asp?canal=saude&id_mater=1268
 >. Acesso em: 01 jan. 2001.

NISHIMORI, Lísia Emi et al. **Utilização de Placas Oclusais em Resina Acrílica no Auxílio do Tratamento de DTMS**. Revista UningÁ, Paraná, v. 17, n. 1, p.59-64, fev. 2014.

OKESON, J. P. **Fundamentos de Oclusão e DTM**. São Paulo: Artes Médicas, 1992.

OKESON, J.P. **Dor Orofacial: guia de avaliação, diagnóstico e tratamento**. Tradução de Kátia Dmytrzenko Franco. São Paulo, Quintessence Editora Ltda, 1998. 287p.

OKESON, J.P. **Tratamento das Desordens Temporomandibulares e Oclusão**. 4. Editora São Paulo: Artes Médicas, 2000.

PACHECO, Patricia Brant Metzker. **Influência do Estresse nas Disfunções Temporomandibulares**. 2010. 77 f. Monografia (Especialização) - Curso de Odontologia, Faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic, Campinas, 2010.

PADUA, Adriana Suzart de et al. **Placas Miorrelaxantes: confecção e ajuste no laboratório**. Un. Alfenas, Alfenas, v. 4, n. 0, p.49-53, 1998.

PEREIRA, Kelli Nogueira Ferraz et al. **Sinais e Sintomas de Pacientes Com Disfunção Temporomandibular**. Revista Cefac, São Paulo, v. 7, n. 2, p.221-228, maio 2005.

PETERSON, L. J.; ELLIS, E.; HUPP, J. R.; TUCKER, M. R. **Tratamento dos distúrbios da articulação temporomandibular**. In: PETERSON, L. J.; ELLIS, E.; HUPP, J. R.; TUCKER, M. R. **Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea**. 3. ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2000. p. 632-652.

PETTENGILL, C.A.; et. al – A pilot et al. **Disfunção têmporo-mandibular: Estudo Introdutório - study comparing the efficacy of hard and soft stabilizing appliances in treating patients with tempromandibular disorders.** J. Prosthet. Dent. v.79, p.165168, 1998.

PFICER, Jovana Kuzmanovic et al. **Occlusal stabilization splint for patients with temporomandibular disorders: Meta-analysis of short and long term effects.** Plos One, v. 12, n. 2, p.1-21, 6 fev. 2017. Public Library of Science (PLoS). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0171296>.

PORTERO, Priscila Paiva et al. **Placas oclusais no tratamento da disfunção temporomandibular (DTM).** Revista Gestão & Saúde, Curitiba, v. 1, n. 1, p.36-40, 2009.

PRAMOD, G. V., Shambulingappa, P., Shashikanth, M. C., & Lele, S. (2011). **Analgesic efficacy of diazepam and placebo in patients with temporomandibular disorders: a double blind randomized clinical trial.** Indian J Dent Res, 22(3), 404-409.

RAMOS, Ana Carolina Araújo et al. **Articulação temporomandibular - aspectos normais e deslocamentos de disco: imagem por ressonância magnética.** Radiologia Brasileira, [s.l.], v. 37, n. 6, p.449-454, dez. 2004.

REISINE ST, Fertig J, Weber J, Leder S. **Impact of dental conditions on patients' quality of life.** Community Dent Oral Epidemiol 1989; 17(1): 7-10.

RIES, Lilian Gerdi Kittel et al. **Efeito do tempo de contração e repouso na atividade dos músculos masseter e temporal anterior em indivíduos com DTM.** Codas, v. 28, n. 2, p.155-162, abr. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/201620150112>.

RIOS, Ana Carla F. C.; ROCHA, Paulo Vicente B. da; SANTOS, Lydia de Brito. **Estudo Comparativo entre Índice Anamnético de Disfunção Temporomandibular e Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) em mulheres idosas.** Revista Cro, Recife, v. 11, n. 3, p.221-227, set. 2012.

ROAK, A.L.; et. al – **Effects of interocclusal appliances on EMG activity during parafunctional tooth contact.** J. Oral Rehabilitation. V.30, p.573-577, 2003.

SANCHEZ, Heriberto Fiuza; DRUMOND, Marisa Maia. **Atendimento de urgências em uma Faculdade de Odontologia de Minas Gerais: perfil do paciente e resolutividade.** Gaúcha Odonto, Porto Alegre, v. 59, n. 1, p.79-86, jan. 2011.

SARTORETTO, Suelen Cristina; BELLO, Yuri dal; DELLA BONA, Alvaro. **Evidências científicas para o diagnóstico e tratamento da DTM e a relação com a oclusão e a ortodontia.** Rfo, Passo Fundo, v. 17, n. 3, p.352-359, dez. 2012.

SCHIFFMAN, E., Ohrbach, R., Truelove, E., Look, J., Anderson, G., Goulet, J. P., . . . Orofacial Pain Special Interest Group, I. A. f. t. S. o. P. (2014). **Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network* and Orofacial Pain Special Interest Groupdagger.** J Oral Facial Pain Headache, 28(1), 6-27.

SESSLE BJ, **Peripleral and central mechanisms of orofacial pain and their clinical correlates.** Minerva Anesthesiol 2005;71 (4): 117-36.

SILVEIRA, M. E. da. **Cirurgia da articulação temporomandibular (ATM).** In: SIQUEIRA, J. T. T. de; TEIXEIRA, M. J. Dor Orofacial: Diagnóstico, terapêutica e qualidade de vida. Curitiba: Maio, 2001. cap. 10.3, p. 489-507.

SRIVASTAVA, Rahul; JYOTI, Bhuvan; DEVI, Parvathi. **Oral splint for temporomandibular joint disorders with revolutionary fluid system.** 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3760352/>>. Acesso em: 21 jul. 2017.

TANAKA, E.E.; ARITA, E.S.; SHIBAYAMA, B. **Occusal stabilization appliance. Evaluation of its efficacy in the treatment of**

temporomandibular disorders. J. Appl. OralSci., Bauru, v. 12, n. 3, p. 238-243, May 2004.

TOMACHESKI, Denise de Fátima. **Visando Estruturação De Prontuário Odontológico.** Uepg Ci. Biol. Saúde, Ponta Grossa, v. 2, n. 10, p.17-25, jun. 2004.

TUCKER, M. R.; DOLWICK, M. F. **Desordens temporomandibulares e dor facial: tratamento das desordens temporomandibulares.** In: PETERSON, L. J. et al. Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea. 3 ed. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2000. cap. 8, p. 692- 715.

VAN GROOTEL, Robert J. et al. **Towards an optimal therapy strategy for myogenous TMD, physiotherapy compared with occlusal splint therapy in an RCT with therapy-and-patient-specific treatment durations.** BMC Musculoskeletal Disorders, [s.l.], v. 18, n. 1, p.1-17, 10 fev. 2017. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/s12891-017-1404-9>.

WALBER, Luiz Fernando. **Estudo Sobre a Validade Diagnóstica e Prognóstica Dos Critérios de Diagnóstico para Pesquisa das Desordens Temporomandibulares (RDC/TMD).** 2008. 162 f. Tese (Doutorado) - Curso de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

ZANINI, Claudia Fernandes Costa. **Os Hábitos Parafuncionais na Disfunção da Articulação Têmporo-mandibular.** 1999. 62 f. Monografia (Especialização) - Curso de Motricidade Oral, Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica, Porto Alegre, 1999. Disponível em: <http://www.cefac.br/library/teses/c92ceef0440f6d651f48b09bd450662e.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2017.

APÊNDICE A – TCLE



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa “Distúrbios do Sono na Odontologia”, dos pesquisadores Beatriz Dulcineia Mendes de Souza, André Luís Porporatti e Graziela de Luca Canto, professores do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e da pesquisadora Fabiane Miron Stefani, professora do Curso de Fonoaudiologia da UFSC, com os quais poderá manter contato para eventuais esclarecimentos. Esta pesquisa atende a Resolução CNS 466/2012 e o projeto conta com a aprovação do CEP SH/UFSC. A seguir, as informações do projeto de pesquisa com relação a sua participação neste projeto:

O estudo se destina a diagnosticar e tratar adequadamente, com abordagens contemporâneas e baseado em evidências, pacientes adultos com Bruxismo do Sono (BS) (pacientes que

rangem os dentes a noite) e/ou com Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono (SAHOS) (pacientes com ronco e com falta de ar ao dormir) e fazer relatos dos casos em congresso e /ou revistas científicas. Ele é importante porque ainda não existe um atendimento específico na UFSC dos pacientes com estes distúrbios, logo os pacientes e alunos serão beneficiados. Os resultados esperados são a melhora dos pacientes que sofrem com estes distúrbios e o aprendizado dos alunos. Esse estudo começará em março de 2017 e terminará em outubro de 2020. Os atendimentos serão realizados nas clínicas da Odontologia da UFSC, onde os pacientes irão relatar o seu problema, preencher uma ficha de anamnese e serão examinados clinicamente. O caso será documentado (vídeo, fotos e rx) e quando necessário será solicitado exames complementares. Todos os casos serão discutidos e planejados em sala de aula para implementar o melhor tratamento. Os possíveis incômodos e riscos são sensibilidade passageira nos dentes e cansaço nos músculos do rosto. A Participação do paciente será na identificação da doença (anamnese, exame clínico, documentação) e no tratamento. É assegurada assistência ao participante durante toda a pesquisa, bem como é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim tudo o que ele queira saber antes, durante e depois da sua participação. As informações conseguidas através da participação do paciente não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto para a equipe de pesquisa, e a divulgação

das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto após a autorização do (a) participante. O (a) participante receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos. O estudo não acarretará nenhuma despesa para o (a) participante da pesquisa. Se for solicitado os exames complementares de sangue e polissonografia, os mesmos poderão ser realizados pelo SUS. As placas serão confeccionadas no laboratório pelos alunos (sem custos). A qualquer momento, o (a) participante poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, que poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo, através dos telefones **(48) 37214952** ou e-mail **beatriz.dms@ufsc.br**. A pesquisadora declara que cumprirá as exigências contidas na Resolução CNS 466/2012 (especialmente nos itens IV.3 e IV.4), que o sigilo/privacidade dos participantes será garantido durante todas as etapas da pesquisa, inclusive na divulgação dos resultados, que os participantes terão direito ao ressarcimento de eventuais despesas e indenização diante de eventuais danos produzidos pela pesquisa. Caso seja necessário contato, o Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC se localiza no prédio da Reitoria II, Rua Desembargador Vitor Lima, 222, sala 401, Bairro Trindade, Florianópolis; Telefone **(48) 3721-6094**.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Eu, _____, portador(a) do RG/CPF _____ concordo em participar desta pesquisa, bem como com a utilização dos dados coletados, desde que seja mantido o sigilo de minha identificação, conforme

normas do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. A minha participação é voluntária podendo ser suspensa a qualquer momento. Pelo presente consentimento, declaro que fui esclarecido(a) sobre a pesquisa a ser realizada, de forma detalhada, livre de qualquer constrangimento e obrigação, e que recebi uma cópia deste termo, assinada pelos pesquisadores.

Florianópolis, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador Responsável
Profª Dr. Beatriz Dulcineia Mendes de Souza
RG: 2952.920

Endereço d(os,as) responsável(eis) pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina
Endereço: Campus Reitor João David Ferreira Lima
Complemento: s/n - Trindade,
Cidade/CEP: Florianópolis – SC/ 88040-900
Telefone: 48- 3721 4952
Ponto de referência: Centro de Ciências da Saúde

Contato de urgência: Profª Beatriz Dulcineia Mendes de Souza

Endereço: Campus Reitor João David Ferreira Lima
Complemento: s/n - Trindade,
Cidade/CEP: Florianópolis – SC/ 88040-900
Telefone: 48- 3721 4952
Ponto de referência: Centro de Ciências da Saúde

ANEXO A

Anexo A – Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Distúrbios do Sono em Odontologia

Pesquisador: BEATRIZ DULCINEIA MENDES DE SOUZA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 61168116.2.0000.0121

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.008.561

Apresentação do Projeto:

Os distúrbios do sono são considerados atualmente um problema de saúde pública por sua alta incidência e por afetar sobremaneira a qualidade de vida da população com alto impacto na saúde. Dentre eles, estão o bruxismo do sono (BS) e os distúrbios respiratórios tais como o Ronco e a Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono (SAHOS), os quais normalmente requerem a atuação do cirurgião-dentista. Os seus principais sinais e sintomas são a má qualidade do sono e as alterações comportamentais como sonolência, cansaço e irritação, além de problemas cardíacos e pulmonares, que podem levar à morte súbita. Após aprovação do presente projeto pelo Comitê de Ética

em Pesquisa com seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, pacientes com Bruxismo do sono (BS) e Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono (SAHOS) serão atendidos por alunos da nona e décima fase do Curso de Graduação de Odontologia da UFSC sob a supervisão dos professores. Os distúrbios do sono serão diagnosticados e tratamentos conservadores e reversíveis (orientações, placas interoclusais, fisioterapia e massagem) serão implementados para controlar a doença. Serão realizadas periodicamente revisões de literatura para atualização contínua do assunto e relatos dos casos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Formar uma equipe de pesquisa em Distúrbios do Sono na Odontologia, focado na busca de evidências contemporâneas para o diagnóstico e tratamento do BS e SAHOS. **Objetivo Secundário:**

- a) Avaliar a prevalência de sinais e sintomas do BS e da SAHOS em acadêmicos de Odontologia e pacientes da clínica odontológica;
- b) Relacionar a presença e severidade do BS e da SAHOS com os fatores biopsicossociais;
- c) Avaliar o impacto do BS e da SAHOS na qualidade de vida dos sujeitos de pesquisa;
- d) Avaliar diferentes métodos de diagnóstico para BS e SAHOS;
- e) Avaliar diferentes métodos de tratamento para BS e SAHOS;
- f) Tornar a UFSC um polo regional de pesquisa e atendimento de pacientes com Distúrbios do sono.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os possíveis incômodos e riscos são sensibilidade passageira nos dentes e cansaço nos músculos do rosto.

Benefícios: Os pacientes terão melhor qualidade de vida e os alunos terão maior aprendizado.

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Continuação do Parecer: 2.008.561

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta fundamentação teórica ampla, clareza em seus objetivos e método. A relevância do tema está na grande importância que os distúrbios do sono têm na qualidade de vida das pessoas e em razão ao grande aumento do número de pacientes com estes distúrbios. Portanto, esta pesquisa mediante o alcance de seus objetivos possibilitará uma maior compreensão desta temática para fornecer atendimento e apoio a estas pessoas com abordagens contemporâneas de diagnóstico e tratamento destes distúrbios baseadas em evidências científicas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos de acordo com as solicitações do CEP SH.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram atendidas não tendo mais impedimentos para que esta pesquisa se inicie.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Continuação do Parecer: 2.008.561

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_805400.pdf	20/03/2017 15:11:59		Aceito
Outros	RESPOSTAASPENDENCIAS.docx	20/03/2017 13:18:56	BEATRIZ DULCINEIA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	20/03/2017 13:17:05	BEATRIZ DULCINEIA MENDES DE SOUZA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIAINSTITUICAO.pdf	20/03/2017 13:16:13	BEATRIZ DULCINEIA MENDES DE SOUZA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODISTURBIOSDOSONO.docx	14/03/2017 15:40:11	BEATRIZ DULCINEIA MENDES DE SOUZA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declar.pdf	18/10/2016 13:00:51	BEATRIZ DULCINEIA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	18/10/2016 12:59:31	BEATRIZ DULCINEIA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP: Não

FLORIANOPOLIS, 10 de Abril de 2017.

Assinado por:
Ylmar Correa Neto
(Coordenador)

ANEXO B

ANEXO B – Ficha de Reavaliação

Disciplina de Estágio Interdisciplinar DTM | Departamento de Odontologia | Universidade Federal de Santa Catarina



Paciente: _____ Idade: _____ Fone: _____

Data da consulta da aplicação: ____/____/____ Hora: _____

Diagnóstico provável: _____

Tratamento realizado: _____

Medicação: () sim () não Qual: _____

Retorno: _____ (1º, 2º, 3º...) Data Retorno: ____/____/____

AValiação da intensidade de dor (escala de análise visual - EAV)

MOMENTO:

sem dor

pior dor imaginável

Dê um nº: _____

SEMANA:

sem dor

pior dor imaginável

Dê um nº: _____





Paciente: _____ Idade: _____ Fone: _____

Data da consulta: ____/____/____ Hora: _____

Diagnóstico provável: _____

Tratamento realizado: _____

Medicação: () sim () não Qual: _____

Retorno: _____ (1º, 2º, 3º...) Data Retorno: ____/____/____

ESCALA DE PERCEPÇÃO GLOBAL DE MUDANÇA (PGIC)

Desde o início do tratamento nesta instituição, como é você que descreve a mudança (se houve) nas LIMITAÇÕES DE ATIVIDADES, SINTOMAS, EMOÇÕES E QUALIDADE DE VIDA no seu global, em relação a sua dor (selecione UMA OPÇÃO):

- 1 () Sem alterações (ou a condição piorou)
- 2 () Quase na mesma, sem qualquer alteração visível
- 3 () Ligeiramente melhor, mas sem mudanças consideráveis
- 4 () Com algumas melhorias, mas a mudança não representou qualquer diferença real
- 5 () Moderadamente melhor, com mudança ligeira mais significativa
- 6 () Melhor, e com melhorias que fizeram uma diferença real e útil
- 7 () Muito melhor, e com uma melhoria considerável que fez toda diferença



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA
DISCIPLINA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE ODONTOLOGIA

ATA DE APRESENTAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Aos 17 dias do mês de outubro de 2017, às 13:30 horas,
em sessão pública no (a) auditorio desta Universidade, na presença da
Banca Examinadora presidida pelo Professor

Beatriz Dulcinéia Mendes de Souza

e pelos examinadores:

1 - André Perceira

2 - Antônio Carlos Coimbra

o aluno Ássica Beatriz Flávia da Silva

apresentou o Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação intitulado:

Uso da placa anterior no atendimento de urgência de pacientes
com disfunção temporomandibular

como requisito curricular indispensável à aprovação na Disciplina de Defesa do TCC e à integralização do Curso de Graduação em Odontologia. A Banca Examinadora, após reunião em sessão reservada, deliberou e decidiu pela aprovação do referido Trabalho de Conclusão do Curso, divulgando o resultado formalmente ao aluno e aos demais presentes, e eu, na qualidade de presidente da Banca, lavrei a presente ata que será assinada por mim, pelos demais componentes da Banca Examinadora e pelo aluno orientando.


Presidente da Banca Examinadora


Examinador 1


Examinador 2


Aluno